

**Das selektive Informationsverhalten des
niedergelassenen Arztes am Beispiel des Mediums
"AUSSENDUNG"**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie

in der

Fakultät für Psychologie

der

RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

vorgelegt von:

Monika Ostendorf

1987



**Das selektive Informationsverhalten des
niedergelassenen Arztes am Beispiel des Mediums
"AUSSENDUNG"**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie

in der

Fakultät für Psychologie

der

RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

vorgelegt von:

Monika Ostendorf

Gedruckt mit Genehmigung der
Fakultät für Psychologie
der RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

Referent: Prof. Dr. Heinrich Wottawa, Bochum

Korreferent: Prof. Dr. Barbara Baerns, Bochum

Tag der mündlichen Prüfung: 9. Juli 1987

DANK

Allen, die zum Zustandekommen dieser Untersuchung beigetragen haben, möchte ich danken.

Dem Unternehmen, das die Untersuchung veranlaßt hat, für die Genehmigung zur Veröffentlichung der Ergebnisse.

Dem Institut für Verbrauchs- und Einkaufsforschung, Hamburg, das die Daten erhoben und die elektronische Datenverarbeitung durchgeführt hat.

Herrn Prof. Dr. Wottawa, Universität Bochum und Frau Prof. Dr. Baerns, Universität Bochum für die Betreuung und die Anregungen bei der Ausarbeitung der Dissertation.

Frau Susanne Bisson für die Reinschrift des Manuskripts.

INHALT

Seite

0.	Vorbemerkung	1
1.	Einleitung: Pharma-Information und -Werbung	4
1.1	Begriffe und Einordnung	4
1.2	Aufgaben und Ziele	6
1.3	Gesetzliche Regelungen und freiwillige Selbstbeschränkung	8
1.3.1	Heilmittelwerbe-gesetz	8
1.3.2	Verbandsinterne Richtlinien	10
1.3.3	Überwachung der Einhaltung der Regelungen	11
1.3.3.1	Öffentlich-rechtliche Überwachung	11
1.3.3.2	Verbandsinterne Überwachungsinstrumente .	11
1.3.3.3	Verbandsunabhängige Selbstkontroll- einrichtungen der Wirtschaft	12
1.4	Informationsmedien der pharmazeutischen Industrie	12
1.4.1	Pharma-Berater	12
1.4.2	Muster	14
1.4.3	"Rote Liste"	15
1.4.4	Fortbildungsveranstaltungen	15
1.4.5	Audio-visuelle Medien	16
1.4.6	Anzeigen in Fachzeitschriften	16
1.4.7	Aussendungen	17
1.5	Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes	18

2.	Analyse der Leistungsfähigkeit verschiedener exemplarisch ausgewählter theoretischer Ansätze für die Problemstrukturierung eines Marktforschungsprojektes	22
2.1	Begründung der Heranziehung fachwissenschaftlicher psychologischer Ansätze zur Problemstrukturierung	22
2.1.1	Insuffizienz der bestehenden Praktikerhandbücher	22
2.1.2	Implizite Beschränkungen von Ad-hoc-Überlegungen	32
2.2	Darstellung verschiedener allgemeiner Ansätze zur Wirkung von Kommunikationsmitteln	34
2.2.1	Der "Wirkungsansatz"	34
2.2.2	Der Nutzen-Ansatz	39
2.2.3	Ansätze, die soziale Prozesse bei der Wirkung von Kommunikationsmitteln einbeziehen	41
3.	Überlegungen zur Variablenauswahl unter Berücksichtigung der dargestellten Ansätze und zur Methodik der Datenerhebung und -auswertung	49
3.1	Ableitung potentieller Einflußgrößen als Konkretisierungen der allgemeinen Überlegungen	49
3.2	Erhebungsmethoden	57
3.2.1	Befragung	58
3.2.2	Verhaltensregistrierung	59
3.2.3	Kategorisierung des gefundenen Materials	61
3.2.4	Skalierung	61

	Seite
3.3 Auswertungsmethoden	62
3.3.1 Korrelationsanalyse	62
3.3.2 Regressionsanalyse	63
3.3.3 Clusteranalyse	64
4. Datenerhebung	66
4.1 Stichprobe	66
4.2 Verhaltensregistrierung	68
4.2.1 Material	69
4.2.2 Instruktion	70
4.3 Befragung	71
4.3.1 Arzt-Interview	71
4.3.2 Arzthelferin-Interview	73
4.3.3 Interviewdauer	74
4.4 Materialsammlung und Kategorisierung	74
4.5 Beurteilung von 10 Aussendungen anhand ausgewählter Kriterien	80
4.5.1 Stichprobe	80
4.5.2 Zeitpunkt der Beurteilung	81
4.5.3 Material	81
4.5.4 Beurteilungsbogen	81
4.5.5 Firmeninterne Beurteilung	82
4.6 Datenerhebung im Überblick	83

	Seite
5. Darstellung der empirischen Befunde	84
5.1 Befragung	84
5.1.1 Arzt-Interview	84
5.1.2 Arzthelferin-Interview	96
5.2 Beschreibung des Aussendungsmaterials ..	99
5.2.1 Umfang des auszuwertenden Materials	99
5.2.2 Markierung	101
5.2.3 Häufigkeitsverteilung der Aussendungsmerkmale	105
5.3 Deskription der Zusammenhänge	107
5.3.1 Korrelationsanalyse	107
5.3.2 Regressionsanalyse	110
5.4 Clusteranalyse	111
5.5 Beurteilung von 10 Aussendungen anhand ausgewählter Kriterien	112
6. Diskussion	119
6.1 Korrelationsanalyse	119
6.2 Clusteranalyse	121
6.3 Regressionsanalyse	123
6.4 Fazit: Nutzen und Grenzen des gewählten Vorgehens	124
6.5 Konsequenzen für die praktische Kommunikationsarbeit im Pharma-Marketing	126
7. Zusammenfassung	128
Anhang	130
Literatur	175

O. VORBEMERKUNG

Was leistet die Wissenschaft Psychologie zur Lösung praktischer Probleme? Diese Frage wird häufiger gestellt, läßt sich aber in dieser globalen Form natürlich nicht beantworten.

Fragen wir also konkreter: Wo hilft die wissenschaftliche Psychologie einem in der Marktforschungsabteilung eines großen pharmazeutischen Unternehmens berufstätigen Psychologen bei der Bewältigung seiner Aufgaben?

Die angesprochene Problematik der Anwendung von Psychologie ist sicherlich nicht neu (vgl. z. B. WITTE, 1966 oder HOLZKAMP, 1970), stellt sich aber jedem Psychologen, der außerhalb der universitären Grundlagenforschung in der Praxis tätig werden will, aufs Neue. Sehr interessant und lesenswert sind in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen von KAMINSKI (1984). Die Diskrepanz zwischen dem im Studium erworbenen Wissen und den Aufgaben, vor die sich der berufstätige Psychologe gestellt sieht, ist oft ganz erheblich. Die Untersuchungsmaterie ist in der Regel sehr komplex, sie enthält meist Komponenten, die sich nicht exakt operationalisieren lassen. Erst recht ist eine Kontrolle aller Variablen und das Ausschalten von Störvariablen im allgemeinen nicht möglich.

Eine zusätzliche Erschwerung im oben genannten Beispiel des Marktforschers in der pharmazeutischen Industrie bedeutet die Tatsache, daß die Hauptzielgruppe niedergelassene Ärzte sind. Im Vergleich zu anderen Zielgruppen,



besonders zu den als Versuchspersonen beliebten Psychologiestudenten, sind die Untersuchungsmöglichkeiten hier begreiflicherweise stärker eingeschränkt. Ein Vorgehen "nach den Regeln der Kunst", unter relativ gut kontrollierten Bedingungen oder gar ein experimentelles Vorgehen im Labor scheidet aus den dargestellten Gründen aus.

Wo liegt nun für einen unter den geschilderten Bedingungen tätigen Marktforscher der Nutzen der wissenschaftlichen Psychologie? Hier sind sicherlich verschiedene Antworten denkbar. Die Verfasserin vertritt die These, daß der Hauptnutzen in einer Strukturierung der Problemsituation liegt. Denn jede empirische Untersuchung beruht auf impliziten Annahmen, hinter jeder Analyse menschlichen Verhaltens steht eine Theorie über den Menschen. Diese Theorien sind häufig nicht einmal bewußt, beeinflussen die Analyse aber in jedem Falle. Es ist also wichtig, daß die einer empirischen Untersuchung zugrundeliegenden Annahmen überhaupt expliziert werden. Dies erscheint umso bedeutsamer, als man häufiger die Beobachtung machen kann, daß Personen unterschiedlicher fachlicher Ausrichtung unterschiedliche Aspekte eines Problems als wichtig herausgreifen und in wieder fachspezifisch typischer Weise zu Hypothesen über bestehende Zusammenhangsgefüge verarbeiten.

Im folgenden soll anhand eines konkreten Projektes exemplarisch untersucht werden, ob die Einbeziehung theoretischer fachwissenschaftlicher Überlegungen den Ertrag einer empirischen Marktforschungsstudie verbessert. Die Fragestellung des Marktforschungsprojektes ist grob umrissen folgende: Welche Faktoren beeinflussen die Zuwen-

dung niedergelassener Ärzte zu bestimmten Informationsmaterialien der pharmazeutischen Industrie: Aussendungen?

Bevor wir genauer auf die gerade angeschnittene Fragestellung eingehen, soll ein kurzer Überblick über das Gebiet der Pharma-Information und -Werbung gegeben werden.

1. EINLEITUNG:

PHARMA-INFORMATION UND -WERBUNG

1.1 Begriffe und Einordnung

Allgemein kann Pharma-Information und -Werbung beschrieben werden als "Gesamtheit der Tätigkeiten eines Herstellers, die darauf abzielen, insbesondere Ärzte und Apotheker über neue wie auch sich bereits auf dem Markt befindliche Produkte, vor allem über deren Anwendung zu informieren, um ihnen eine dem Einzelfall angemessene, patientengerechte Auswahl des Arzneimittels im Rahmen eines Therapiekonzeptes zu ermöglichen" (WEISSBACH, 1985, S. 4).

Obige Definition zeigt, daß bei der Pharma-Information und -Werbung, obwohl eine klare Trennung von Information und Werbung nicht immer möglich ist, aufgrund der besonderen Qualität der "Ware Arzneimittel" der Informationsaspekt eindeutig im Vordergrund steht.

Dazu heißt es in der Präambel des "Kodex der Mitglieder des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e. V.":

"Forschung und Entwicklung sowie Herstellung und Vertrieb von Arzneimitteln bringen für die pharmazeutischen Unternehmen besondere Verpflichtungen gegenüber der Allgemeinheit mit sich, die nicht zuletzt auch für das Verhalten im Wettbewerb von Be-

deutung sind.

Arzneimittel sind technisch hochentwickelte und komplexe Güter, die umfassend erklärt werden müssen. Es gehört daher zu den unabdingbaren Aufgaben des pharmazeutischen Unternehmers, alle notwendigen und geeigneten Informationen über Bedeutung und Eigenschaften von Arzneimitteln an die Fachkreise im Gesundheitswesen, das sind vor allem Ärzte und Apotheker, sowie in angemessener Form auch an die Verbraucher zu vermitteln. Hierbei sollen nicht nur die Anwendungsmöglichkeiten und der Nutzen der Arzneimittel, sondern auch die Grenzen und Gefahren ihrer Anwendung unter Berücksichtigung der neuesten Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften dargestellt werden."

Die Begriffe Pharma-Information und -Werbung und Arzneimittel-Information und -Werbung werden in der vorliegenden Arbeit synonym gebraucht.

Man unterscheidet bei der Arzneimittel-Information und -Werbung zwischen Publikumswerbung, die sich unmittelbar an den Verbraucher richtet, und Fachwerbung, die sich an Fachkreise, also Angehörige von Heilberufen (Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker, Heilpraktiker etc.) richtet.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich nur auf die Fachinformation des Arztes.

1.2 Aufgaben und Ziele

Arzneimittel können lebensentscheidende Zustände oder Funktionen beeinflussen. Deshalb müssen Art und Weise ihrer Anwendung sowie Nutzen und Risiko, die mit ihrer Anwendung verbunden sind, insbesondere dem Arzt mitgeteilt werden. Diese Information der pharmazeutischen Industrie stellt, um einen Vergleich mit der Computer-Industrie zu gebrauchen, quasi die Software dar, die es überhaupt erst ermöglicht, mit der Hardware (hier: mit dem Arzneimittel) richtig umzugehen (vgl. WEISSBACH, 1985).

Auch der Gesetzgeber zielt, im Interesse einer sachgerechten Anwendung von Arzneimitteln und damit des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, mit dem Arzneimittelgesetz auf eine umfassende Information aller am Verkehr mit Arzneimitteln Beteiligten, besonders von verordnenden Ärzten und verbrauchenden Patienten. Dabei ist die Informationspflicht des pharmazeutischen Unternehmers durch die Rechtsprechung zu einer allgemeinen Offenbarungspflicht über alle wesentlichen Eigenschaften eines Arzneimittels ausgestaltet worden (vgl. MÜLLER-RÖMER, 1978).

Arzneimittel sind das Ergebnis intensiver Forschungstätigkeit. Sie unterliegen auch nach der Markteinführung einer fortwährenden Kontrolle und laufender Weiterentwicklung. Forschung ist aber nur dann sinnvoll, wenn ihre Ergebnisse möglichst schnell dem Arzt zugänglich gemacht werden und damit dem Patienten zugute kommen können. Die verschiedenen Informationsmedien der pharmazeutischen Industrie dienen also

auch dazu, Ärzte über Fortschritte der Therapie in Kenntnis zu setzen (vgl. WEISSBACH, 1985).

Damit kann man mit ROSENKRANZ, KRÄGELOCH und UNGER (1977) zwei Dimensionen der Arzneimittel-Information unterscheiden:

1. Produkt-Information

(Angaben u. a. über stoffliche Zusammensetzung, therapeutische Wirksamkeit, verfügbare Handels- und Darreichungsformen, Anwendungsmöglichkeiten, Nebenwirkungen, Kontraindikationen)

2. Fortbildungsfunktion für den Arzt

(Vermittlung chemischer, biologischer, pharmakologischer und medizinischer Sachverhalte)

Neben der Informations- und Fortbildungsfunktion kommt der Arzneimittel-Information noch eine Erinnerungs- und Servicefunktion zu.

Der Aufwand der pharmazeutischen Industrie für wissenschaftliche Information und Werbung ist recht beachtlich. Nach Angaben von FRIEDRICH, HEHN & ROSEN-BROCK (1977) beträgt er durchschnittlich 15 % vom Umsatz. Der Grund für diesen hohen Aufwand liegt in

- der hohen Innovationsintensität
- der Notwendigkeit, Information langfristig anzulegen, wenn sie Erfolg haben soll. Dazu ein Beispiel: Von der Einführung der Sulfonamide bis zum entscheidenden Abfall der Sterblichkeitsrate bei Erysipel- und Meningokokken-Infektion vergingen 10 Jahre (vgl. WEISSBACH, 1985).

- der Tatsache, daß die Anwendung von Arzneimitteln in hohem Maße erklärungsbedürftig ist. Bei raschem therapeutischen Fortschritt veraltet das Wissen der Ärzte, was einen fortlaufenden Bedarf an Informationen erfordert (SOLC, 1980). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch eine Überlegung von WEISSBACH (1985): Das Durchschnittsalter des niedergelassenen Arztes beträgt mehr als 50 Jahre. Das bedeutet, daß die meisten der heute verwendeten Arzneimittel erst nach Abschluß seiner Ausbildungszeit auf den Markt gekommen sind und erklärt so die große Bedeutung der wissenschaftlichen Arzneimittelinformation.

Zum Schluß sei noch darauf hingewiesen, daß wohl niemand besser über ein Produkt Bescheid weiß als der Hersteller selbst, der es entwickelt hat, sodaß der Hersteller-Information im Informationsprozeß eine besondere Bedeutung zukommt.

1.3 Gesetzliche Regelungen und freiwillige Selbstbeschränkung

1.3.1 Heilmittelwerbe-gesetz

Die Werbung für Arzneimittel ist zusammen mit der Werbung für sonstige Heilmittel in einem besonderen Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (in der am 1. Januar 1978 in Kraft getretenen Fassung) außerhalb des Arzneimittelgesetzes geregelt.

Neben einem allgemeinen Verbot jeder irreführenden Werbung verlangt das Gesetz im Interesse des gesundheitlichen Verbraucherschutzes bestimmte Pflichtangaben.

Folgende Angaben müssen immer enthalten sein:

1. der Name oder die Firma und der Sitz des pharmazeutischen Unternehmers
2. die Bezeichnung des Arzneimittels
3. die Zusammensetzung des Arzneimittels nach Art und Menge der wirksamen Bestandteile
4. die Anwendungsgebiete
5. die Gegenanzeigen
6. die Nebenwirkungen
7. Warnhinweise, soweit sie für die Kennzeichnung der Behältnisse und äußeren Umhüllungen vorgeschrieben sind
8. die Wartezeit bei Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, die der Gewinnung von Lebensmitteln dienen.

Außerdem enthält das Gesetz einschränkende Vorschriften für die Arzneimittelwerbung im allgemeinen wie auch für die Publikumswerbung (zu den einzelnen Bestimmungen des Heilmittelwerbegesetzes siehe Anhang).

1.3.2 Verbandsinterne Richtlinien

Neben den gesetzlichen Vorschriften sorgen Richtlinien der Verbände pharmazeutischer Hersteller für eine sachgerechte Arzneimittelwerbung (MÜLLER-RÖMER, 1978).

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI) hat einen für seine Mitglieder verbindlichen Kodex festgelegt, der eine Erweiterung des "Pflichtkatalogs" gegenüber den allgemeinen Vorschriften enthält.

So wird bspw. in § 14 bestimmt:

"Der Arzt muß vollständig über die für die Anwendung erheblichen Eigenschaften der Arzneimittel informiert werden, und zwar über die in § 3 vorgeschriebenen Angaben (die bereits über die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtangaben hinausgehen, Verf.) hinaus, insbesondere über

1. die Wirkungsweise des Arzneimittels
2. die Dosierung
3. sonstige bei der Anwendung zu beachtende besondere Umstände
4. erforderlichenfalls die bei Nebenwirkungen zu ihrer Erkennung und Behebung geeigneten Maßnahmen."

Neben dem BPI hat auch der Bundesfachverband der Heilmittelindustrie Richtlinien zur wissenschaftlichen Information und Werbung erlassen.

1.3.3 Überwachung der Einhaltung der Regelungen

1.3.3.1 Öffentlich-rechtliche Überwachung

Aufgrund § 82 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes haben der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates und nach § 82 Abs. 2 des Arzneimittelgesetzes die Bundesregierung am 25. August 1983 eine allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Arzneimittelgesetzes (AMG VwV) erlassen, die am 1. Januar 1984 in Kraft trat. § 6 dieser allgemeinen Verwaltungsvorschrift regelt die Überwachung der Heilmittelwerbung. Danach muß die für die Durchführung des Arzneimittelgesetzes zuständige Behörde sich davon überzeugen, daß die Vorschriften für die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens beachtet werden.

1.3.3.2 Verbandsinterne Überwachungsinstrumente

Gleichzeitig mit dem Kodex verabschiedete die Hauptversammlung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie eine Verfahrensordnung zum Kodex. Mit dieser Verfahrensordnung soll die Selbstkontrolle der Einhaltung der Vorschriften erleichtert werden. Bei Verstößen gegen den Kodex sind verschiedene Sanktionen bis hin zum Ausschluß aus dem BPI vorgesehen (WEISS-BACH, 1985).

1.3.3.3 Verbandsunabhängige Selbstkontrolleinrichtungen der Wirtschaft

Folgende verbandsunabhängigen Selbstkontrolleinrichtungen existieren im Bereich der Arzneimittelwerbung:

- Begutachtungsstelle für Arzneimittelwerbung;
- Verein für lautere Heilmittelwerbung;
- Gemeinschaftsausschuß zur Selbstkontrolle der Heilmittelwerbung.

1.4 Informationsmedien der pharmazeutischen Industrie

1.4.1 Pharma-Berater

Das sicherlich wichtigste Informationsmedium der pharmazeutischen Industrie ist der Pharma-Berater im wissenschaftlichen Außendienst.

Der Hersteller von Medikamenten kann nicht davon ausgehen, daß die rund 140.000 Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland über alle seine Produkte informiert sind bzw. wissen, welche Informationen er der zuständigen Bundesbehörde (Bundesgesundheitsamt bzw. Paul-Ehrlich-Institut) vorlegt. Der Pharma-Berater ist daher eine notwendige Konsequenz der spezifischen Eigenschaften des Produktes Medikament (MÜNNICH, 1983, S. 162).

Pharma-Berater müssen qualifiziert sein. Diese Qualifikation besitzen:

- Apotheker oder Personen mit Zeugnis über eine nach abgeschlossenem Hochschulstudium der Pharmazie, der Chemie, der Biologie, der Human- oder der Veterinärmedizin abgelegte Prüfung;
- Apothekerassistenten sowie Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung als technische Assistenten in der Pharmazie, der Chemie, der Biologie, der Human- oder Veterinärmedizin;
- Personen, die an einer Industrie- und Handelskammer erfolgreich die Abschlußprüfung für den Fortbildungsberuf "geprüfter Pharmareferent" abgelegt haben.

Die Außendienstmitarbeiter erhalten eine medizinische Ausbildung in den präparaterelevanten Gebieten der Medizin und Pharmakologie.

Der Stellenwert des Pharma-Beraters für den Arzt ist hoch: Er wird als vorrangige Informationsquelle über neue und eingeführte Präparate gesehen (GIRARDI, 1981). Diese hohe Bewertung erklärt sich daraus, daß der Arzt den Pharma-Berater direkt befragen kann. Er erhält individualisierte Informationen, die genau auf die Probleme seiner Praxis abgestimmt sind. Diese Art der Information ist für den Arzt immer noch die zeit-sparendste (KORI-LINDNER, 1984, S. 11). Im persönlichen Gespräch werden die Informationen, durch Besprechungsunterlagen unterstützt, audio-visuell und damit besonders wirksam vermittelt (SPICKSCHEN, 1973, S. 56).

Neben der Beratung und Informationstätigkeit wirkt der Pharma-Berater auch bei der ärztlichen Fortbildung mit (organisatorische Vorbereitung, Unterstützung und Vermittlung der Referenten).

Der persönliche Kontakt des Pharma-Beraters zum Arzt gewährleistet auch den erforderlichen Informationsrückfluß vom Arzt zum Hersteller. Dies gilt u. a. auch für unerwünschte Wirkungen von Medikamenten und schlechte Erfahrungen mit Arzneimitteln. So ist der Außendienstmitarbeiter nach dem Arzneimittelgesetz verpflichtet, Angaben von Ärzten über unerwünschte Wirkungen und andere Risiken von Medikamenten sofort schriftlich seiner Firma mitzuteilen (WEISSBACH, 1985).

1.4.2 Muster

Arzneimittelmuster dürfen abgegeben werden (AMG, § 47, Abs. 3)

1. in einem dem Zweck der Erprobung angemessenen Umfang an
 - a) Ärzte, Zahnärzte oder Tierärzte oder
 - b) andere Personen, die die Heilkunde, Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berufsmäßig ausüben, soweit es sich nicht um verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt,
2. an Ausbildungsstätten für Heilberufe in einem für den Zweck der Ausbildung angemessenen Umfang.

Über die Empfänger von Mustern sowie über Art, Umfang und Zeitpunkt der Abgabe von Mustern sind Nachweise zu führen und auf Verlangen der zuständigen Behörde vorzulegen.

Arzneimittelmuster sind ein Instrument, um sich aus eigener Anschauung mit dem betreffenden Medikament vertraut zu machen, denn erst durch die Anwendung werden viele Produkteigenschaften evident.

1.4.3 "Rote Liste"

Die "Rote Liste" ist ein Verzeichnis aller von den Mitgliedern des BPI hergestellten Fertigarzneimittel. Dieses Kompendium wird allen praktizierenden Ärzten und Apothekern unentgeltlich zugesandt. Die "Rote Liste" ist nach Stoff- und Indikationsgruppen gegliedert und ermöglicht somit indikationsspezifisch einen therapeutischen und preislichen Arzneimittelvergleich. Die "Rote Liste 1984" umfaßt 8 879 Präparateeintragungen mit 11 227 Darreichungsformen und 20 333 Preisangaben (WEISSBACH, 1985).

1.4.4 Fortbildungsveranstaltungen

Fortbildungsveranstaltungen werden von der pharmazeutischen Industrie häufig in Zusammenarbeit mit ärztlichen Vereinigungen angeboten. Sie leisten einen Beitrag zur Fortbildung der Ärzte mit Hilfe

von Vorträgen, Kolloquien, wissenschaftlichen Kongressen und Symposien.

Diese Veranstaltungen stoßen bei Ärzten auf hohes Interesse. Dies ist darauf zurückzuführen, daß sich der wissenschaftliche Erkenntnisstand mit zunehmender Geschwindigkeit aktualisiert.

1.4.5 Audio-visuelle Medien

Hierunter fallen einmal Filme, die schon seit langer Zeit im Rahmen der ärztlichen Fortbildung eingesetzt werden, zum anderen die sogenannten "neuen" Medien wie Video und Bildplatte, die in Zukunft wohl eine zunehmend bedeutsame Rolle für die ärztliche Fortbildung einnehmen werden.

1.4.6 Anzeigen in Fachzeitschriften

Insertionen für Arzneimittel beschränken sich in der Regel auf das schlagwortartige Hervorheben von Aussagen zur Wirkung, zu Indikationen, zu neuen Handelsformen und sonstigen wissenschaftlichen Sachverhalten. Der Informationsgehalt ist im Vergleich zu anderen Medien geringer. Die Funktion der Anzeigen liegt hauptsächlich in der Erinnerung an schon eingeführte Präparate (FRIEDRICH, HEHN, ROSENBROCK, 1977). Denn Untersuchungen haben ergeben, daß Anzeigenwerbung für Präparate, die über andere Medien

nicht mehr beworben werden, von den Ärzten als Zeichen dafür gesehen wurde, daß die Mittel noch dem Stand der Wissenschaft entsprechen, während die völlige Einstellung der Werbung für ein Arzneimittel von ihnen mit "von der Wissenschaft überholt" assoziiert wurde (o. A. zitiert nach SPICKSCHEN, 1973).

1.4.7 Aussendungen

Aussendungen sind schriftliche Informationsmaterialien, die dem Arzt in der Regel unaufgefordert postalisch zugesandt werden. Diese Art der Arzneimittelinformation hat eine lange Tradition: Bereits im Jahre 1900 führte die Firma Merck die erste Aussendung an Ärzte durch (ADAM, 1958).

Die Vorteile dieses Mediums liegen auf der Hand: Aussendungen erlauben eine ausführliche und umfangreiche Information. Neue Erkenntnisse können sofort an den Arzt weitergegeben werden, d. h. das Medium besitzt eine hohe Aktualität. Der Arzt kann ihm besonders wichtig erscheinende Informationen aufbewahren und immer darauf zurückgreifen.

Ein schwerwiegender Nachteil des Mediums Aussendungen ist darin zu sehen, daß viele Informationen gar nicht bis zum Arzt durchdringen. Niedergelassene Ärzte sind stark beansprucht und haben wenig Zeit. Die Folge ist ein Zwang zur Selektion. Aussendungen werden zum Teil von der Sprechstundenhilfe aussortiert oder vom Arzt nicht oder nur

flüchtig beachtet. Will man verhindern, daß Informationen übersehen oder zu schnell vergessen werden, müssen sie öfters an den Arzt herangetragen werden (WIMMER, 1981).

Dies ist aber mit hohen Kosten verbunden und hat für den einzelnen Arzt den Nachteil, daß er unter Umständen mit schon bekannten Informationen konfrontiert wird.

Um eine für die Beteiligten befriedigendere Lösung zu finden, wäre es hilfreich, die hier noch sehr allgemein gestellte Frage "Welche Faktoren beeinflussen die Zuwendung des Arztes zu diesem Informationsmedium der pharmazeutischen Industrie?" zumindest in Ansätzen beantworten zu können.

1.5 Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes

Bei der wissenschaftlichen Information von Ärzten mittels Aussendungen der pharmazeutischen Industrie handelt es sich um eine bestimmte Form von Kommunikation. Bei der Durchsicht der Literatur stößt man auf viele Definitionen von Kommunikation, die nicht immer ganz übereinstimmen. Häufig verwiesen wird auf das technische Modell von SHANNON (1949), das als Bestandteile des Prozesses

1. eine Quelle,
2. einen Sender (Übermittler),
3. einen Kanal,

4. einen Empfänger (Übermittler) und
5. einen Adressaten nennt.

Für unsere Zwecke genügt eine allgemeine Definition von Kommunikation als "the process of transmitting meaning between individuals" (WRIGHT, 1959).

Man unterscheidet verschiedene Formen von Kommunikation. Genannt sei hier die interpersonale Kommunikation, die auch als Face-to-Face- oder Primärkommunikation bezeichnet wird und sich durch direkten Kontakt der am Kommunikationsprozess Beteiligten und unmittelbare Rückkopplungsmöglichkeit auszeichnet.

Eine andere Kommunikationsform ist die sogenannte Massenkommunikation, bei der nach MALETZKE (1963) "Aussagen öffentlich, durch technische Verbreitungsmittel indirekt und einseitig an ein disperses Publikum vermittelt werden".

Die Abgrenzung zwischen interpersonaler Kommunikation und Massenkommunikation scheint komplizierter zu sein, als es die Definitionsbemühungen zeigen. Deshalb folgen wir SCHENK (1978): "Im Augenblick sollen die Definitionen deshalb nur dazu beitragen, die extremen Gegensätze zwischen Massen- und interpersonaler Kommunikation zu verdeutlichen. Diese Extreme können gut als Endpunkte eines Kontinuums herangezogen werden, zwischen denen sich Massen- und interpersonale Kommunikation in ihrer jeweils spezifischen Ausprägung befinden kann." Auf diesem Kontinuum befindet sich auch die zu untersuchende Kommunikationsform.

Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, daß "Massenkommunikation im strengen Sinne kein Kommunikationsprozess (ist), da die wechselseitige Wahrnehmbarkeit der Kommunikanden, die im Reflexivwerden von Wahrnehmungen zwangsweise Kommunikation katalysiert, nicht gegeben ist. ... Massenkommunikation stellt sozusagen ein v i r t u e l l e s Kommunikationssystem dar" (MERTEN, 1982).

Den gleichen Umstand sprechen auch FRÜH und SCHÖNBACH (1982) an, wenn sie auf das Fehlen eines unmittelbaren Feed-Back hinweisen. Nach diesen Autoren sind Feed-Back-Prozesse in der Massenkommunikation indirekt oder imaginär. Imaginäre oder Para-Feed-Back-Prozesse betreffen Vorannahmen, Vorstellungen, Erwartungen und Vorurteile, die Kommunikator wie Rezipient auf den Kommunikationsvorgang beziehen.

Eine interessante Überlegung in diesem Zusammenhang stammt von RUCZINSKI und SUTHOFF (o. J.), die ebenfalls das Fehlen eines direkten Feed-Back-Prozesses sehen. Nach diesen beiden Autoren kann und muß bei der Massenkommunikation diese Rückkopplung über wirkungsanalytische Untersuchungen erfolgen, deren Ergebnisse dazu benutzt werden können, Störungen im Informationskanal auszuregeln.

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist die Beantwortung der Frage, inwieweit die Einbeziehung theoretischer fachwissenschaftlicher Überlegungen den Ertrag einer solchen Untersuchung verbessern kann.

Dabei kann und soll sicherlich keine vollständige Darstellung der Theorien zur Wirkung von Kommunikationsmitteln geleistet werden. Vielmehr soll exemplarisch die Leistungsfähigkeit einiger ausgewählter Ansätze für die Problemstrukturierung aufgezeigt werden.

2. ANALYSE DER LEISTUNGSFÄHIGKEIT VERSCHIEDENER EXEMPLARISCH AUSGEWÄHLTER THEORETISCHER ANSÄTZE FÜR DIE PROBLEMSTRUKTURIERUNG EINES MARKTFOR- SCHUNGSPROJEKTES

2.1 Begründung der Heranziehung fachwissenschaftlicher psychologischer Ansätze zur Problemstrukturierung

Warum besteht überhaupt die Notwendigkeit, erfahrungswissenschaftliche Theorien zur Strukturierung des vorliegenden Problems heranzuziehen? Auf diese Frage sollen im folgenden zwei Antworten gegeben werden.

2.1.1 Insuffizienz der bestehenden Praktikermanuale

Die bestehenden Praktikermanuale sind insuffizient.

Eine Auseinandersetzung mit der in dieser Arbeit untersuchten Form der schriftlichen, postalisch zugesandten Information findet noch am ehesten in der werbefachlichen Literatur unter dem Stichwort "Direct Mail Advertising" statt. Die meisten dieser Arbeiten sind von Werbepraktikern geschrieben und wenden sich an die Kollegen in der Praxis. Breiter Raum wird technischen Gesichtspunkten wie Herstellung, Adressenbeschaffung und der gezielten Streuung von Direktwerbemitteln gewidmet (z. B. RUDOLPH, 1976). Hinweise zur Gestaltung und zum Inhalt erfolgen meist auf der Grundlage subjektiver Er-

fahrungen von Werbe-"profis".¹

Es existieren viele dieser Hinweise und "Goldenen Regeln" und zwar sowohl zum Texten als auch zur optischen Umsetzung.

Exemplarisch seien hier die "9 Punkte" von Frank EGNER, einem der bekanntesten amerikanischen Texter, als Leitlinie zu einem guten Text aufgeführt (zit. nach MAYER, 1975):

- "1. Schreiben Sie eine Einleitung, die Wünsche weckt und Aufmerksamkeit erregt.
2. Setzen Sie begeisterungsweckende Information an den Anfang.
3. Geben Sie eine klare Erläuterung des Produktes.
4. Berichten Sie von der erfolgreichen Verwendung des Produktes.
5. Fügen Sie Berichte und Bestätigungen von zufriedenen Konsumenten ein.
6. Zählen Sie die Besonderheiten des Produktes auf.
7. Geben Sie klare Informationen über den Wert des Produktes.

¹ vgl. zur Literatur bspw.

STECHER, R. G.: Werbebriefe texten, gestalten, streuen (1969), KIRCHNER, G.: Praxis der Direktwerbung (1967), Kobs, J.: 24 ways To Improve Your Direct Mail Results (1974) und das mit mehr als 1500 Seiten wohl umfangreichste Nachschlagewerk von HODGSEN, R. S.: Direct Mail Order Handbook (1974).

8. Finden Sie einen Abschluß, der dem Leser das Produkt sofort begehrenswert macht.
9. Schließen Sie mit einem P.S., in dem Sie die Hauptaussage wiederholen."

Einige Beispiele zur Illustration von Regeln zur optischen Gestaltung seien im folgenden genannt (nach MAYER, 1975):

- Man sollte Schrifttypen und Bildelemente benutzen, um Textaussagen in ihrer Deutlichkeit zu verstärken.
- Man sollte starke optische Hervorhebungen auf die Hauptvorteile dessen konzentrieren, was man zu bieten hat.
- Man sollte durch eine optisch interessant wirkende Lösung die notwendige Aufmerksamkeit zu wecken versuchen.

Neben den o.g. Richtlinien für Text und Graphik werden folgende Punkte genannt, die den Erfolg eines Werbebriefes beeinflussen:

1. Die Aufmachung muß dem Qualitätsniveau des Angebots entsprechen (z. B. in der Papierqualität).
2. Fotos und Abbildungen müssen den Aussagen des Textes entsprechen, sonst wird das Ganze unglaubwürdig.
3. Die Farbgebung muß zum Angebot passen.
4. Format und Umfang.

HARTMANN (1975) sagt über den Einfluß der Gestaltung:
"Zu den psychologischen Faktoren der Gestaltung von Direktwerbemitteln können hier nur einige Hinweise gege-

ben werden. Über die Wirkung solcher Faktoren liegen nämlich bisher kaum exakte Untersuchungen vor, die allgemein zugänglich sind."

Im folgenden gibt der Autor dann Regeln zur Textgestaltung an, von denen hier nur einige erwähnt werden sollen:

1. Der Empfänger möchte vor allem persönlich angesprochen werden.
2. Die Mitteilung muß vom Standpunkt des Empfängers aus geschrieben sein.
3. Der Text muß in der Sprache des Empfängers geschrieben sein.
4. Verständlichkeit ist das oberste Gebot der Textgestaltung.

usw.

Soweit die allgemeinen Hinweise zu Direktwerbemitteln bzw. "direct mail". Jetzt sollen die Aussendungen der pharmazeutischen Industrie gezielt in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt werden. Auf diese ist das bisher Gesagte, ohnehin meist nur auf subjektiven Erfahrungen beruhend, nicht unbedingt übertragbar. Die Gründe dafür sind folgende:

1. Die Zielgruppe Ärzte unterscheidet sich in sozio-demographischen (Bildungsstand, Einkommen, Geschlecht etc.) und anderen Merkmalen von der übrigen Bevölkerung.
2. Ärzte haben weniger Zeit und erhalten mehr Direktwerbung (durchschnittlich 32 Werbemitteilungen täglich, Angabe von FRIEDRICH, HEHN, ROSENBROCK, 1977) als der Durchschnittsbürger.

3. Es handelt sich bei Aussendungen nicht um Konsumgüterwerbung, sondern um Informationen über Arzneimittel. Da diese für den Arzt aus beruflichen Gründen wichtig sind, ist generell eine höhere Interessebindung zu erwarten.

Literatur zur Gestaltung von Aussendungen ist noch schwieriger zu finden als solche zur Gestaltung von Werbebriefen allgemein. WILKES (1981) nennt folgende 10 "Regeln" zur Gestaltung von Aussendungen der pharmazeutischen Industrie:

1. Auch Briefe in Anzeigen sind wie Direktbriefe zu behandeln.
2. Der erste Satz eines Briefes sollte kurz sein.
3. Der erste Satz eines Briefes sollte den Leser persönlich ansprechen.
4. Der erste Satz eines Briefes sollte das Problem des Lesers konkret ansprechen und ihn aufrütteln.
5. Versalien sind in Briefsätzen nicht einsetzbar.
6. Ein Logo bzw. gesperrte Schrift für den Namen sind lerntechnisch nicht vorteilhaft.
7. Vorteile eines Produktes sind im Brief durch ein entsprechendes Layout lernbar zu machen (z. B. für jeden Punkt eine neue Zeile).
8. Der letzte Satz vor der Verabschiedung sollte unbedingt eine Handlungsaufforderung enthalten.
9. Ein Brief ist persönlich unterschrieben.
10. Beim Einsatz von Symbolen und von Reiz-Graphik ist innerhalb der Branche genau zu prüfen, welche Symbole bereits besetzt sind. Ansonsten wird der

Produktname einer falschen Indikation zugeordnet. Oder aber das Produkt wird nicht gelernt, weil das Zeichen bereits ein anderes Produkt hat lernen lassen.

SCHNEIDER (1977) gibt drei Gestaltungsmaximen an, die seiner Meinung nach grundlegend für den Erfolg von Direktwerbemitteln sind:

- Forderung 1: Der "Aufhänger" muß ein (latentes) Problem des Empfängers treffen.
- Forderung 2: Die Aussage muß überzeugen.
- Forderung 3: Die Aussage muß mit einer klaren Handlungsaufforderung enden.

Für alle der bisher aufgeführten Richtlinien zum Text und zur Gestaltung von Direktwerbemitteln bzw. Aussendungen gilt, daß sie auf subjektiven Erfahrungen beruhen und nicht verallgemeinerbar empirisch belegt sind. Auch die Auswahl der Aspekte, die von den einzelnen Autoren herausgegriffen werden, erfolgt völlig willkürlich. Die von den Praktikern aufgestellten "Regeln" sind zum Teil zu eingeschränkt, zum Teil aber auch zu allgemein und abstrakt, um als Handlungsrichtlinien Verwendung finden zu können.

Eine positive Ausnahme bezüglich Konkretheit und empirischer Überprüfung sind die Angaben von WILKES (1977), der die Wirkung formaler Kriterien auf die Rücklaufquote von Arzneimittelmusteranforderungen testete. Es wurde mit split-run-Tests gearbeitet, wobei Aussendungen mit jeweils einem geänderten Stimulanz an gleich große Teilgruppen versandt wurden. Es wurde geprüft, ob die

Rücklaufquoten statistisch signifikant voneinander abwichen. Wegen ihrer Relevanz für die vorliegende Arbeit werden die Ergebnisse im folgenden relativ ausführlich geschildert:

1. Gestaltung des Briefumschlages

Es ist vorteilhaft, bereits auf dem Briefumschlag folgende Angaben zu machen:

1. Angabe, was "verkauft" werden soll (Produkt)
2. Angabe, wofür es vom Käufer aus gesehen "gekauft" werden soll (Nutzenstiftung)
3. Angabe, von wem es "gekauft" werden soll (Absender)
4. Angabe, welchen Nutzen dieser Brief noch bringt (kostenlose Musteranforderung, Teilnahmeberechtigung für ein Preisausschreiben etc.)

Fehlte eines oder mehrere der Kriterien, war der Rücklauf geringer.

2. Briefmarken in der Frankierung

Sondermarken haben nicht grundsätzlich eine höhere Rücklaufquote gebracht. Es wurde eine gelegentliche Rücklaufsteigerung im Vergleich zu dem Aufdruck "Gebühr bezahlt beim Postamt xyz" beobachtet. Sondermarke gegen eine normale Briefmarke oder gegen den Freistempel wurde nicht getestet.

3. Größe des Umschlages

Die Größe des Umschlages hat nicht immer eine Rücklauferhöhung erbracht. So zeigen C6-Lang-DIN-Umschläge gegen A5-Umschläge keine nennenswerten Verbesserungen im response. Beim Test C6-Lang-DIN gegen A4 zeigte sich eine höhere Rücklaufquote zugunsten des größeren Umschlages (bei gleichem Inhalt).

4. Papierqualität der Aussendung

Die Steigerung der Papierqualität hat nur dann bessere Rücklaufquoten erbracht, wenn das Papier deutlich besser war (Anmutung: "edel").

5. Vorgabe einer Rücksendefrist

Aussendungen mit der Aussage "nur gültig bis zum ..." brachten eine geringfügig, aber signifikant kleinere Rücklaufquote.

6. Versandart

Es wurde getestet, inwieweit der normale Brief gegenüber der Massendrucksache bessere Ergebnisse zeigt. Das Ergebnis war, daß durch den Brief keine höhere Rücksendequote zustandekam.

7. Wochentag

Bei Massendrucksachen ist der Ankunftstag nicht zu beeinflussen. Es wurden deshalb normale Briefe an verschiedenen Wochentagen abgesandt, so daß man davon ausgehen konnte, daß die Briefwerbung den Empfänger im Durchschnitt am nächsten Tag

erreicht. Das Ergebnis war folgendes: Die Mailings, die die Zielgruppe am Montag bekam, hatten am wenigsten Rücklauf zu verzeichnen. Bei allen anderen Wochentagen zeigte sich kein Unterschied.

8. Persönlich

In einigen Aussendungstests wurde ein eingedruckter Hinweis "Nur persönlich, bitte sofort dem Herrn Doktor persönlich aushändigen" auf dem Brief angebracht. Die Ergebnisse waren mit dem Persönlichkeitsappell etwas - aber signifikant - besser. Weitere Tests ergaben, daß vor allem ältere Ärzte (über 60) durch den Persönlichkeitshinweis zur verstärkten Rückkopplung veranlaßt wurden.

Als Ergebnis der Untersuchung von WILKES bleibt festzuhalten, daß formale Kriterien über die Rücklaufquote und damit über die Wirkung von Aussendungen mitbestimmen. Kritisch anzumerken ist, daß der Autor sich nur auf einige aus einer potentiell viel größeren Menge von Kriterien bezieht. Es bleibt intransparent, nach welchen Gesichtspunkten die Selektion dieser Kriterien erfolgte.

Generell gilt, daß die Manuale Alltagstheorien entstammen und damit auch deren strukturelle Schwachpunkte haben: Fehler entstehen durch die Zufälligkeit der Beobachtung und unkontrollierte Voreingenommenheit. Alltagstheorien entstammen entweder direkt eigener - subjektiver und nicht verallgemeinerbarer - Erfahrung mit der Umwelt oder indirekt Erfahrungen anderer, die vermittelt werden. Dabei wird vieles als gegeben hingenommen, ohne mögliche Alternativen zu berücksichtigen. Es werden Anschauungen verallgemeinert und Verallgemeinerungen werden zu einer persön-

lichen Auffassung über das, was wahr ist (vgl. auch ZIMBARDO, RUCH, 1978).

Damit kommen wir zum zweiten Punkt, der es angeraten erscheinen läßt, theoretische Überlegungen in die Problemanalyse und -strukturierung einzubeziehen.

2.1.2 Implizite Beschränkungen von Ad-hoc-Überlegungen

Hinter jeder Analyse menschlichen Verhaltens steht eine - zumindest implizite - Theorie über den Menschen. IRLE (1975, S. 25) erläutert diesen Sachverhalt so: Aus einem als unendlich vorstellbaren Universum von möglichen Fragen wird nur eine endliche Auswahl von Fragen ausgesucht. Eine Selektion bei der Auswahl dessen, was untersucht werden soll, ist unausweichlich. Diese Selektion folgt den impliziten oder gar expliziten Annahmen des Forschers, welche Fragen wichtig seien. Hier werden bereits theoretische Annahmen gemacht, selbst wenn es die betreffenden Forscher nicht wahrhaben wollen. Man kann die "Realität" nicht einfangen, weil es keine empirische und damit von Theorien unabhängige Realität gibt.

POPPER (1966) verleiht dieser konstruktivistischen Auffassung Ausdruck, indem er sagt, daß es die Beobachtung eines Sachverhaltes nicht gibt, sondern stets nur seine Beobachtung im Lichte einer bestimmten Theorie. Mit anderen Worten: Jede Beobachtung enthält einen Selektionsakt, der bestimmt, was aus dem grundsätzlich Beobachtbaren tatsächlich beobachtet wird.

Die theoretischen Vorannahmen, die der Forscher zwangsläufig einbringt, beeinflussen die Auswahl der Untersuchungsfragen und damit auch die Ergebnisse der Untersuchung. Diese Vorannahmen können aber, z. B. je nach wissenschaftlicher Sozialisation oder Fachrichtung der betreffenden Personen, ganz unterschiedlich sein. Beispiels-

weise würde aus der Perspektive eines Marketing-orientierten Produktmanagers in der pharmazeutischen Industrie ein Arzt eher als Verteiler für Marktchancen für Pharmazeutika und weniger als Problemlöser bzw. Handelnder unter Benutzung des Informationsangebotes der pharmazeutischen Industrie gesehen. Diese zweite Sichtweise wäre wohl eher für einen Psychologen typisch. In Abhängigkeit von diesen geschilderten unterschiedlichen Perspektiven würden bei einer Untersuchung in diesem Umfeld jeweils unterschiedliche Aspekte herausgegriffen und Variablen ausgewählt.

Zusammenfassend: Die zwangsläufig immer - wenn auch nicht immer bewußt - vorhandenen Vorannahmen des Forschers beeinflussen die Anlage empirischer Untersuchungen und damit die zu erwartenden Ergebnisse. Damit sollten diese aber zumindest explizit und damit intersubjektiv nachvollziehbar und diskutierbar sein. BERGLER (zit. nach HELLER, 1984) sagt in diesem Zusammenhang ganz richtig: "Empirische Sozialforschung und damit auch Marktforschung, die sich solcher Zusammenhänge nicht bewußt wird und auch in ihren Forschungsberichten nicht reflektiert, verdient den Namen Forschung nicht."

2.2 Darstellung verschiedener allgemeiner Ansätze zur Wirkung von Kommunikationsmitteln

2.2.1 Der "Wirkungsansatz"

SCHENK (1984, S. 270 f.) beschreibt und begründet die bis heute weitgehend konstante Orientierung der Kommunikationsforschung an S-R-Modellen: "Die empirische (Massen-)Kommunikationsforschung hat sich ... bis heute weitgehend an einem linearen Kommunikationsmodell orientiert, das ... einen kausalen Reiz-Reaktionszusammenhang ("Stimulus-Response-Modelle") unterstellt. Obwohl dieser im Laufe der Zeit vielfältigen Differenzierungen unterworfen wurde, indem z.B. kybernetische Schleifen und - der Anwendung auf Aspekte der Human-Kommunikation entsprechend - eine Reihe von psychologischen, biologischen, soziologischen etc. Variablen aufgenommen wurden, blieb das Modell trotz dieser Komplizierungen in seiner Grundsätzlichkeit erhalten. Diese Stabilität ... wird üblicherweise mit den Bedingungen der empirischen Massenkommunikationsforschung in Verbindung gebracht, die vor allem mit dem Entdeckungs- und Verwertungszusammenhang dieser Spezies von Forschung zu tun haben: Kommunikationsforschung ist überwiegend Auftragsforschung zur Untersuchung der "persuasiven Effekte", von Propagandamaterial, Werbefeldzügen, politischen Kampagnen usw. auf die Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen des Publikums gewesen."

Mittlerweile klassische Untersuchungen zur Wirkung von Propaganda wurden von der YALE-Gruppe um den Psychologen HOVLAND durchgeführt (bspw. HOVLAND, LUMSDAINE und SHEFFIELD, 1948).

Das Gebiet der Werbepsychologie wurde maßgeblich von J. B. WATSON mitbegründet. Dieser ging in Untersuchungen zur Werbewirkung wie im von ihm geprägten klassischen Behaviorismus in der frühen allgemeinen Psychologie (vgl. WATSON, 1913) von der völligen Reizabhängigkeit und damit Steuerbarkeit des Menschen aus. Nach HOFFMANN (1972, S. 41) folgt aus diesem Menschenbild als Grundannahme für die Werbung: "Der Verbraucher ist problemlos beeinflussbar, wenn es gelingt, seine Aufmerksamkeit für die Werbebotschaft zu wecken." HOFFMANN zeigt kritisch, daß in den frühen werbepsychologischen Untersuchungen die Reizstärke als entscheidende Bedingung für das Erwecken von Aufmerksamkeit angesehen wurde. Dies führte zu einem Werbestil, den man heute umgangssprachlich als "Holzhammerreklame" bezeichnet.

Heute sieht man diese Zusammenhänge sehr viel differenzierter. Zwar ist der hohe Stellenwert der Aufmerksamkeit für einen "erfolgreichen" Kommunikationsvorgang unbestritten. Aber Aufmerksamkeit wird nicht mehr als hinreichend betrachtet, sondern als notwendige Voraussetzung für die Aufnahme und weitere Verarbeitung von Information (vgl. z.B. STEFFENHAGEN, 1983).

Was soll hier 'unter Aufmerksamkeit verstanden werden? STEFFENHAGEN (1983) versteht darunter die bewußt-selektive ("interessierte") Zuwendung zu einem Reiz oder Reizbündel. Aufmerksamkeit ist eine psychische Variable, die im Bereich menschlicher Körperreaktionen in der Aktivierungswirkung ihr Korrelat findet. Eine aktivierungstheoretisch orientierte Auffassung von Aufmerksamkeit vertritt auch KROEBER-RIEL (1984), der z.B. folgende Definition gibt: Aufmerksamkeit ist eine vorübergehende Erhöhung der Aktivierung, die zur Sensibilisierung des Individuums gegenüber bestimmten

Reizen führt. Der Autor unterscheidet an dem Konstrukt Aufmerksamkeit zwei Aspekte: Aufmerksamkeit führt zur Reizauswahl. Damit ist quasi auch die "Minimaldefinition" gegeben: "Aufmerksamkeit ist Selektion" (RÜTZEL, 1977, S. 49 ff.). Mit der Reizauswahl hängt ein anderer Aspekt zusammen: die Intensität der Aufmerksamkeit. Die einem bestimmten Reiz zugewandte Aufmerksamkeit kann größer oder schwächer sein als die Aufmerksamkeit, die einem anderen Reiz zugewandt wird. Natürlich kann man das Konstrukt Aufmerksamkeit anders oder umfassender und differenzierter definieren, aber für den vorliegenden Zweck reichen die vorgenommenen Begriffsbestimmungen aus. Unser Ziel war es ja, Faktoren zu finden, die die Zuwendung von Ärzten zu einem bestimmten Informationsmedium der pharmazeutischen Industrie, den Aussendungen, beeinflussen.

Die Situation kann wie folgt gedacht werden: Ein Arzt hat seine tägliche Post mit verschiedenen Aussendungen vor sich. Einige davon sieht er sich näher an, andere werden gleich zur Seite gelegt, ohne daß er sich weiter damit beschäftigt. Voraussetzung ist zunächst mindestens eine grobe Entschlüsselung. Danach können äußere Reize aktivierungswirksam werden. Die Aktivierung führt zu einer Verbesserung u.a. der Informationsaufnahme (s. KROEBER-RIEL, 1984), d.h. zu einer ausführlicheren Auseinandersetzung mit dem Kommunikationsmittel. Welche Reize bzw. welche Eigenschaften des Reizmaterials können nun Aktivierung bzw. Aufmerksamkeit auslösen? KROEBER-RIEL (1984) nennt emotionale, kognitive und physische Reizwirkungen. Im untersuchten Gegenstandsbereich ist aus begreiflichen Gründen die erste Kategorie nicht, die zweite kaum anzutreffen. Die physischen Reize lösen nach KROEBER-RIEL und

MEYER-HENTSCHEL (1982) ziemlich sicher Aktivierung und Aufmerksamkeit aus. Diese Reize wirken hauptsächlich durch ihre formalen Qualitäten: Größe, Farbe, Helligkeit etc..

Nach STEFFENHAGEN (1983) wirken als Aufmerksamkeitsmagneten "starke" Reize (z.B. Großflächigkeit, grelle Farben, ungewohnte Darstellungen).

Weitere Hinweise lassen sich bei BERLYNE (1974) finden. Diesem Autor zufolge lösen insbesondere folgende Reize Aufmerksamkeitsreaktionen aus: Intensive Reize (z.B. große oder sehr dick gedruckte Anzeigen), farbige Reize, Hinweisreize, neuartige Reize sowie überraschende und widersprüchliche (Ungewißheit erzeugende) Reize.

WIMMER (1979) nennt in Anlehnung an BERLYNE als ausschlaggebend für das Aktivierungspotential eines Stimulus(bündels), also die Eigenschaften des Reizmaterials, die seine Fähigkeit zur Auslösung aktivierender Prozesse und deren Stärke bestimmen, die Neuartigkeit, Intensität, Komplexität, Überraschung, Konfliktgeladenheit und Farbigkeit des Stimulusmaterials.

Nach den bisherigen Ausführungen sollten also Aussendungen mit aktivierenden Elementen auf dem Umschlag eher vom Arzt geöffnet und zumindest flüchtig "überflogen" werden als Aussendungen ohne diese Merkmale, denn je höher die so erzielte Aktivierung, desto effizienter sollte die Aufnahme der Botschaft sein.

WIMMER (1979) weist aber auch darauf hin, daß das Aktivierungspotential eines Reizes durch objektive Reizqualitäten allein nicht bestimmbar ist. Vielmehr sind die subjektiven Bedeutungszuordnungen erster Entschlüsselungsvorgänge maßgebend, die die "Handlungsrelevanz" der Information für das Individuum festlegen. Diese Bedeutungszuordnung wird von den bisherigen Erfahrungen und Lernprozessen entscheidend mitgeprägt.

Auch STEFFENHAGEN (1983) diskutiert diese Problematik und kommt zu dem Schluß, daß die bislang vorliegenden Hypothesen und empirischen Befunde zur sogenannten selektiven Wahrnehmung darauf hinweisen, daß die Aufmerksamkeit einer Person vorrangig von ihren Kenntnissen und Interessen beeinflusst wird. Dies kann einmal dazu führen, daß die Wirkung ein und desselben Reizes bei unterschiedlichen Personen unterschiedlich ausfällt. Zum anderen vermögen aus diesem Grunde in vielen Fällen auch solche Kommunikationsmittel Aufmerksamkeit zu erregen, die nicht mit typischen Blickfangelementen ausgestattet sind. Hier werden die Grenzen des oben dargestellten Ansatzes erkennbar.

2.2.2 Der Nutzen-Ansatz

Der bisher geschilderte Ansatz war fixiert auf die Perspektive: gelingt es dem Kommunikator, den Rezipienten im Sinne seiner Vorstellungen zu verändern, d.h. zu beeinflussen? Die Beeinflussung des Rezipienten durch den Kommunikator stand im Zentrum des Interesses. Diese Richtung der Wirkungsforschung läßt sich beschreiben als der Versuch, bestimmten "inputs" bestimmte "outputs" im Sinne linearer Kausalität zuzuordnen (RENCKSTORF, 1973).

In der (neueren) Kommunikationsforschung hat ein Perspektivenwechsel stattgefunden, der z.B. in der handlungstheoretischen Konzeption des Nutzen-Ansatzes deutlich wird. "Der Rezipient befindet sich innerhalb dieser Konzeption nicht länger in der Position eines auf "Stimuli" reagierenden Wesens, sondern er kann diesen "Stimuli" auf der Basis seiner Handlungsorientierungen selbständig bzw. bewußt und aktiv gegenüberreten, ihnen gegenüber "handeln", anstatt bloß auf sie zu "reagieren" " (SCHENK, 1984, S. 277). Der Nutzen-Ansatz ist also rezipientenzentriert. Die zentrale Idee ist die des aktiven "Empfängers". Die Frage ist nicht mehr "what do the media do to people", sondern "what do people do with the media", wie KATZ und FOULKES 1962 formuliert haben.

Die Ziele, Interessen, Bedürfnisse, Werte, Wahrnehmungen usw. der Rezipienten sowie ihr sozialer Kontext bestimmen die Nutzung der Medien (SCHENK, 1978). Der Rezipient selektiert die Medien, denen er sich zuwendet, danach, wie weit sie ihm einen persönlichen Nutzen bringen. Das selektive Verhalten des Rezipienten begreift der Nutzen-Ansatz als Voraussetzung von Wirkung. Medien sind nur in dem

Maße wirksam, in dem ihnen Rezipienten eine Wirksamkeit zugestehen (SCHULZ, 1982).

Anders formuliert: Medienwirkungen werden in der Konzeption des Nutzen-Ansatzes unter Bezug auf verschiedene kognitive, emotionale oder soziale Bedürfnisse des Rezipienten erklärt. Das Wissen um die Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung hat zur Folge, daß den Medien ein bestimmter Nutzen zugeschrieben wird und daß sie im Hinblick darauf auch genutzt werden (SCHULZ, 1986).

Der Adressat ist aktiv, indem er Botschaften anhand von Nutzen-Erwartungen selektiert. "Nicht der Arzt wird informiert (passives Informationsverhalten), sondern der Arzt informiert sich und bedient sich hierbei unterschiedlicher Informations- und Kommunikationswege (aktives Informationsverhalten)" (SCHUBACK, 1975). Das Verhalten des Arztes ist zielgerichtet und erwartungsgesteuert.

Zunächst gilt es, zwischen zwei Erwartungshaltungen zu differenzieren: Einmal hat der Arzt ganz bestimmte Erwartungen, die dazu führen, daß er sich allgemein über das Medium Aussendung informiert, d.h. es ist zu klären, welchen Nutzen er diesem im Vergleich zu anderen Informationsmedien zuschreibt.

Die zweite Frage ist, welche Informationsinteressen und -bedürfnisse maßgeblich dafür sind, daß Ärzte sich mit einigen bestimmten der ihnen jeweils vorliegenden Aussendungen beschäftigen, mit anderen dagegen nicht. Das wird natürlich im Einzelfall in Abhängigkeit von persönlichen Interessen und Kenntnissen, in Abhängigkeit auch vom Adoptionsstatus des jeweiligen Arztes (vgl. 2.2.3) ganz

unterschiedlich sein. Aber wenn man auch über individuelle Nutzen-Erwartungen keine Aussagen machen kann, ist es doch denkbar und plausibel, daß Ärzte Aussendungen mit bestimmten Informationskategorien generell einen höheren Nutzen als anderen zuschreiben. Solche Aussendungen könnten möglicherweise sein:

- Aussendungen mit reiner Produktinformation,
- Aussendungen, die Fortbildungsfunktionen erfüllen,
- Aussendungen mit Serviceangeboten (z.B. Hilfen für die Praxisführung),
- Aussendungen mit Freizeittips.

Auch die Aufbereitung der Information bzw. die Prägnanz der Darstellung mag eine Rolle spielen: Beispielsweise könnte eine standardisierte Kurzinformation mit allen therapeutisch relevanten Inhalten einen höheren Nutzen haben als eine ausführliche wissenschaftliche Broschüre, die zwar interessante, für die tägliche Arbeit aber nicht wichtige Informationen enthält und die der Arzt aus Zeitmangel ohnehin nicht ganz lesen kann.

Zur genaueren Ableitung weiterer möglicher Einflußfaktoren vgl. Kapitel 3.1.

2.2.3 Ansätze, die soziale Prozesse bei der Wirkung von Kommunikationsmitteln einbeziehen

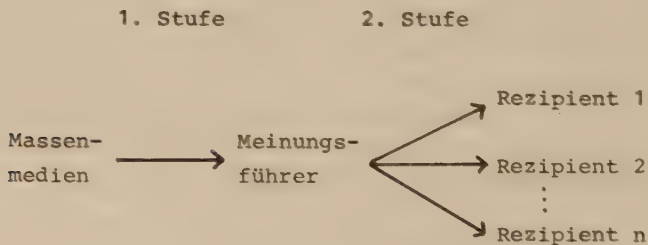
Bisher wurde implizit davon ausgegangen, daß Informationen direkt vom Medium zum Rezipienten fließen. Die Möglichkeit, daß soziale Prozesse mediatisierende Funktionen haben könnten, wurde nicht berücksichtigt. Im folgenden

soll darauf kurz eingegangen werden.

Two-Step-Flow-Hypothese

Bereits 1948 entwickelten LAZARSELD et al. das Konzept des Meinungsführers. Davon ausgehend stellten LAZARSELD et al. eine Hypothese über den Informationsfluß von den Massenmedien zum Rezipienten auf: The Two-Step-Flow of Communication. Die nachstehende Abbildung zeigt den Ablauf.

Abbildung 1: Two-Step-Flow of Communication



Kritik:

Dieses Modell wurde stark kritisiert (z.B. von BOSTIAN, 1970), denn die Anlage der Studie erlaubte es nicht, eine Aussage zum zweistufigen Kommunikationsprozeß zu machen. Untersucht wurde eigentlich nur die Abwesenheit eines einstufigen Kommunikationsprozesses.

In einer anderen Studie von KATZ und MENZEL (1955), die zusammen mit einer Untersuchung von COLEMAN, KATZ und MENZEL (1957) weiter unten in diesem Kapitel referiert wird, ergaben sich Hinweise, die im Gegensatz zum Two-Step-Flow eher einen Multi-Step-Flow wahrscheinlich machen.

Ein anderer hier sehr wesentlicher Einwand gegen die Zwei-Stufen-Theorie, wie sie oben dargestellt wurde, ist, daß nicht sorgfältiger zwischen Informationsübertragung und Beeinflussungsprozessen unterschieden wurde (vgl. z.B. LÖBER, 1973 oder KAAS, 1973).

Empirische Untersuchungen zum Informationsfluß haben gezeigt, daß das Two-Step-Flow-Modell für Prozesse der Informationsübertragung kaum noch praktische Relevanz beanspruchen kann (z.B. DEUTSCHMAN und DANIELSON, 1960). Die Informationen gelangen direkt über die Medien zum Rezipienten.

Wenn diese Informationen, die den Empfänger direkt erreicht haben, ein Interesse an zusätzlichen Informationen oder den Wunsch nach Bewertung der erhaltenen Informationen auslösen, können von den Rezipienten andere Personen zur Interpretation herangezogen werden ("opinion seeking").

Beeinflussungsprozesse, die auf dieser zweiten Stufe in der Form stattfinden, daß Meinungsführer Nichtführer beeinflussen, treten vor allem dann auf, wenn es um die Klärung und Bewertung einstellungskonträrer bzw. inkonsistenter Informationen geht oder wenn wichtige persönliche Entscheidungen anstehen, die ein hohes Risiko beinhalten.

Insgesamt scheint generell also ein "Multi-Step-Flow"-Konzept adäquater, das berücksichtigt, daß

1. die Medien vielfach Rezipienten direkt erreichen,
2. ein Informationsaustausch auch zwischen Nicht-Meinungsführern stattfindet,
3. die Kommunikationsinitiative bei der Privatkommunikation nicht nur vom Meinungsführer ergriffen wird,
4. Meinungsführer nicht nur auf Massenmedien zurückgreifen, sondern auch private Informationsquellen heranziehen,
5. der Informationsfluß beliebig viele Stufen aufweisen kann (vgl. SILBERER, 1977).

Im konkreten Fall ist davon auszugehen, daß das zu untersuchende Medium sicher in erster Linie der Informationsübertragung dient, die Annahme eines direkten Informationsflusses also gerechtfertigt erscheint.

Diffusionstheorie

Nach ROGERS und SHOEMAKER (1971) lassen sich die vier Hauptelemente der Diffusionsforschung unterscheiden in 1. Innovation, 2. ihre Kommunikation durch bestimmte Kommunikationskanäle, 3. im Zeitablauf, 4. an die Mitglieder eines sozialen Systems. ROGERS und SHOEMAKER ordnen diese basalen Elemente der Diffusion von Innovationen in die S-R-Kommunikationsmodelle LASSWELLScher Prägung ein.

Innerhalb der Diffusionstheorie werden die Begriffe Diffusion und Adoption unterschieden. Der Diffusionsbe-

griff beschreibt mehr den prozessualen Aspekt der Verbreitung einer Innovation innerhalb gegebener Strukturen, Adoption bezeichnet die psychische Einstellung der Individuen zu dieser Innovation im Sinne einer freiwilligen Annahme.

Der Begriff der Adoption umfaßt einen individuellen Lernprozeß, der sich in mehreren Stufen vollzieht. Welche Abfolge diese Stufen haben, wird von den einzelnen Autoren unterschiedlich gesehen. Ein Modell (vgl. z.B. SCHULZ, 1972) gibt folgende Stufen an:

1. awareness
2. interest
3. evaluation
4. trial
5. adoption

HOFFMANN (1976) unterscheidet:

1. Kennenlernen
2. Bewerten und Abwägen
3. Annahme
4. Harmonisierung

Das Konzept von ROGERS und SHOEMAKER (1971) umfaßt die Stufen:

1. Wissen (knowledge)
2. Persuasion
3. Entscheidung (decision)
4. Bestätigung (confirmation)

Die Übernehmer einer Innovation lassen sich nach dem Zeitpunkt der Übernahme klassifizieren, wie nachfolgende Abbildung zeigt.

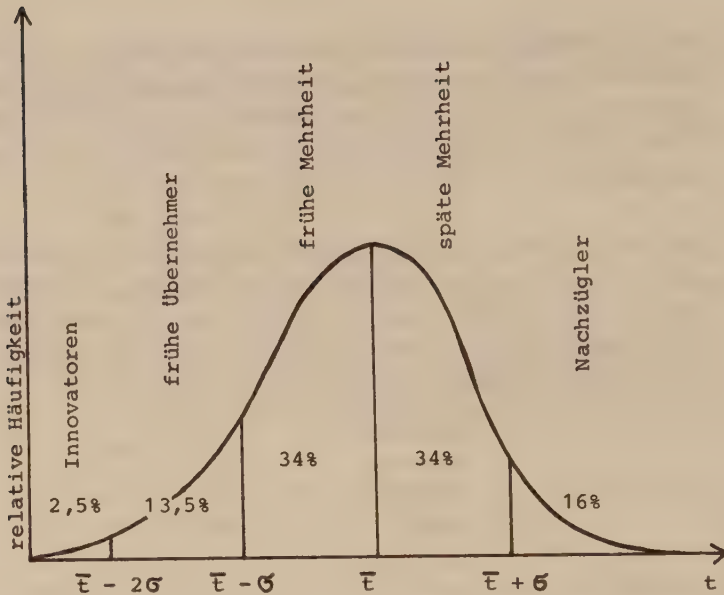


Abbildung 2: Klassifikation der Übernehmer nach dem Zeitpunkt der Adoption (nach SCHENK, 1978)

Auf der Persuasions- und Entscheidungsstufe im Modell von ROGERS und SHOEMAKER spielt die interpersonale Kommunikation eine wichtige Rolle. Die Massenmedien greifen vor allem auf der Wissensstufe und setzen Inhalte für die interpersonale Kommunikation. Massen- und interpersonale Kommunikation werden von den Rezipienten nicht substitutiv genutzt, sondern ergänzen sich im Adoptionsprozeß, sind also komplementär.

Für die reine Verbreitung von Informationen erhält man von der S-Kurve der Adoption von Innovationen verschiedene Kurvenverläufe (vgl. RENCKSTORF, 1970).

Zum Abschluß des Kapitels sollen noch einige Ergebnisse der zusammengehörigen Diffusionsuntersuchungen von KATZ und MENZEL (1955) und COLEMAN, KATZ und MENZEL (1957) geschildert werden. Ausgangspunkt der Studie war die Frage, was Ärzte veranlaßt, ein neues Medikament zu verschreiben. Mit Hilfe einer soziometrischen Frageprozedur ließ sich ein soziales Netzwerk identifizieren, das den Grad der Verbundenheit der einzelnen Ärzte untereinander angab. Der Zeitpunkt der Adoption des neuen Medikaments wurde anhand der Rezepteingänge in öffentlichen Apotheken ermittelt.

Ergebnisse:

Die ersten Informationsquellen über das neue Medikament waren Medien der pharmazeutischen Industrie (in erster Linie Pharma-Berater und Anzeigen), die Kollegen spielten als erste Informationsquelle eine vergleichsweise geringe Rolle. Bedeutsam waren die Kollegen aber für die Übernahme des Medikaments. Der Grad der sozialen Verbundenheit eines Arztes mit anderen Ärzten hatte großen Einfluß darauf, wann er das neue Medikament erstmals verschrieb. Immer wenn ein Arzt als erster das neue Medikament übernommen hatte, folgten in kurzen zeitlichen Abständen diejenigen Ärzte, die soziometrisch mit ihm verbunden waren. Zwischen dem Grad der sozialen Integration, der Intensität der interpersonalen Kommunikation und der Übernahme des Medikaments bestand somit ein positiver Zusammenhang.

Der jeweilige Adoptionsstatus des Arztes bezüglich der verschiedenen Präparate, über die er durch Aussendungen Informationen erhält, ist in der vorliegenden Untersuchung unbekannt, sollte aber später als wahrscheinliche Einflußgröße mit bedacht werden. In Abhängigkeit vom jeweiligen Adoptionsstatus ist das Bedürfnis, Informationen über ein bestimmtes Präparat zu erhalten, möglicherweise unterschiedlich (obwohl hier sicherlich noch eine Reihe anderer Faktoren eine Rolle spielen). Wie in diesem Kapitel gerade gezeigt wurde, ist auch die Bedeutsamkeit einzelner Kommunikationsmedien als Informationsquelle abhängig vom Adoptionsstatus. Die nicht-personale Kommunikation spielt danach vor allem auf der Wissensstufe eine Rolle, wo es um die Übermittlung von Information geht. Allerdings ist gerade im vorliegenden Falle aber auch zu bedenken, daß der Informationsprozeß in der Regel nicht vor oder mit der Adoption abgeschlossen ist, denn auch zu Medikamenten, die der Arzt kennt und routinemäßig verschreibt, kann es immer wieder neue und für den Arzt wichtige Informationen geben, sei es eine neue Darreichungsform, eine Indikationsausweitung oder -einschränkung usw.

Die beiden Ansätze, die uns für die vorliegende Problematik besonders wichtig erscheinen, der Wirkungs- und der Nutzen-Ansatz, werden im dritten Kapitel weiterverfolgt. Grundsätzlich kommen auch noch mehr oder andere Ansätze infrage, die bei Bedarf aufgegriffen werden können.

3. ÜBERLEGUNGEN ZUR VARIABLENAUSWAHL UNTER BERÜCK- SICHTIGUNG DER DARGESTELLTEN ANSÄTZE UND ZUR METHODIK DER DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG

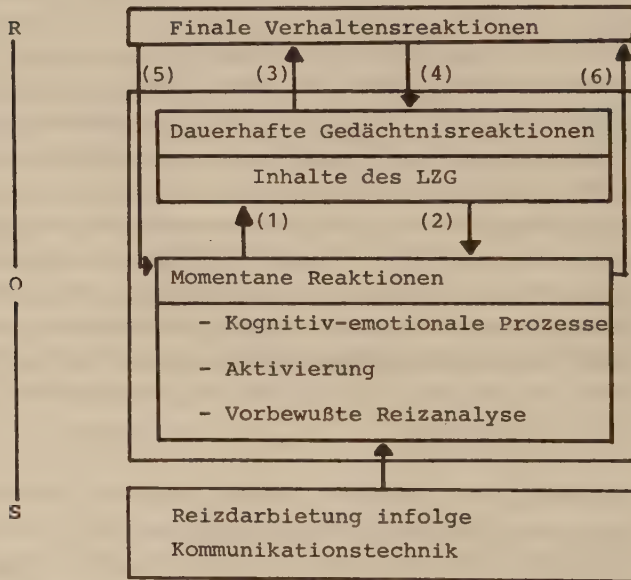
3.1 Ableitung potentieller Einflußgrößen als Konkre- tisierungen der allgemeinen Überlegungen

Kommunikationswirkungen sind medienspezifisch. Der Informationsstand zu den Wirkungen einzelner Medien ist unterschiedlich. Bei Zeitschriften als Werbeträger ist er relativ groß, bei anderen Medien bestehen große Informationslücken (DAHLHOFF, 1983). Dies ist auch bei dem hier betrachteten Medium "Aussendung" der Fall. Es liegen praktisch keine relevanten empirischen Untersuchungen dazu vor. In dieser Situation ist, wie im vorherigen Kapitel dargestellt, ein allgemeiner theoretischer Bezugsrahmen zur Strukturierung des Gegenstandsbereiches und Leitung explorativer Beobachtungen (KIRSCH, 1971) unerlässlich.

DAHLHOFF (1983) fordert, daß die Wirkung von Kommunikation modellbezogen betrachtet wird und führt dazu aus: "Wirkungen gibt es viele. Kontakt mit einer Botschaft, Aufmerksamkeit und Beachtung, Imageaufbau wie Einstellungs- und Verhaltensänderung sind beispielhaft zu nennen. Doch jede dieser Größen reflektiert eine bestimmte Wirkungsebene. Diese Ebenen in einen Zusammenhang zu stellen und ihren Beitrag zu bestimmen, wird durch ein Kommunikationsmodell möglich."

Wir wollen im folgenden anhand eines von STEFFENHAGEN (1983) entwickelten Modells der Kommunikationswirkung präzisieren, mit welcher Wirkungsebene wir uns beschäftigen und potentiell relevante Einflußfaktoren ableiten. Das Modell veranschaulicht Abbildung 3.

Abbildung 3: Modell der Kommunikationswirkung
(aus STEFFENHAGEN, H., 1983)



Das Modell unterscheidet drei Wirkungskategorien:

- momentane Reaktionen,
- dauerhafte Gedächtnisreaktionen,
- finale Verhaltensreaktionen.

Alle drei Wirkungskategorien können miteinander in Beziehung stehen. Dies wird durch die Verbindungspfeile (1) bis (6) angedeutet, die die wechselseitige Vernetztheit der Wirkungskategorien verdeutlichen sollen.

Wirkung, gleichgültig welche der drei Kategorien angesprochen wird, ist abhängig von Art und Ausmaß der Kommunikationsaktivität. Hier kann man drei zum Teil zusammenhängende Faktoren unterscheiden:

- das Kommunikationsbudget,
- den Kommunikationsdruck,
- die Qualität des Kommunikationsmittels
(z.B. Format, visuelle Aufbereitung, Gehalt etc.).

STEFFENHAGEN (1983) unterscheidet verschiedene Typen wirkungsanalytischer Fragestellungen. Unser Untersuchungsgegenstand ist nach dieser Klassifikation eine Wirkungsanalyse vom Typ 1: Es wird die Wirkung speziell gestalteter Kommunikationsmittel auf die momentanen Reaktionen untersucht.

Momentane Reaktionen sind alle diejenigen Vorgänge, die sich unmittelbar bei oder im Anschluß an eine Reizdarbietung einstellen. Gemeint sind alle Teilprozesse der Aufnahme und aktuellen Verarbeitung kommunikativer Reize. Dies entspricht Vorgängen im sensorischen System (oder sensorischen Informationsspeicher) und im Kurzzeitgedächtnis (KZG), legt man das weitverbreitete Dreispeichermodell zur Informationsaufnahme und -verarbeitung zugrunde (vgl. dazu z.B. ATKINSON und SHIFFRIN, 1971).

Die kognitiven Prozesse im KZG sind aber nur ein Aspekt. Dieser muß ergänzt werden um die Aktivierung als einer

momentanen psycho-physischen Reaktion, die mit affektiven und kognitiven Prozessen eng verknüpft ist.¹ Die Aktivierung beeinflusst alle Prozesse der Informationsaufnahme und -verarbeitung (z.B. Aufmerksamkeit und gedankliche Auseinandersetzung) und gilt als günstige Lernbedingung (vgl. a. Kap. 2.2.1).

Das Öffnen eines Briefumschlages oder das Blättern in einem Prospekt zählen zum offenen Verhalten einer Person in einem Kommunikationsvorgang, aber nicht zum kommunikationsbedingt finalen Verhalten und können - soweit (wie hier) als Teilwirkung bedeutsam - ebenfalls den momentanen Reaktionen zugeordnet werden (STEFFENHAGEN, 1983, S. 41).

Bei den momentanen Reaktionen handelt es sich um Prozesse der Aufnahme und aktuellen Verarbeitung kommunikativer Reize. Im speziellen Fall setzt sich der Arzt mehr oder minder intensiv mit Aussendungen auseinander. Wie in Kapitel 2.2.1 dargelegt, wird davon ausgegangen, daß die Aktivierung ein Einflußfaktor ist.

Aktivierungssteigernd sind nach KROEBER-RIEL und MEYER-HENTSCHEL (1982, S. 69) farbige Reize. Deshalb wurde die Farbigkeit des Umschlages einer Aussendung als unabhängige Variable in die Liste der Merkmale von Aussendungen aufgenommen, die die o.g. Prozesse beeinflussen können. (Die vollständige Liste mit der genauen Definition der Merkmale findet sich in Kap. 4.4.) Eine weitere Variable

¹ Vgl. z.B. KROEBER-RIEL (1984), KROEBER-RIEL und MEYER-HENTSCHEL, (1982).

ist das Vorhandensein von Abbildungen auf dem Umschlag, denn nach KROEBER-RIEL und MEYER-HENTSCHEL (1982) wirken Bilder aufmerksamkeitsfördernd, bei der Gesamtwirkung dominieren fast immer die Bildmotive. Als weiteres Kriterium wurde die "Auffälligkeit" eines Aussendungsumschlages festgehalten. In dieses Maß fließen sowohl die "Buntheit" des Umschlages als auch der Anteil der durch Abbildungen, große Aufdrucke etc. gestalteten Fläche ein. Je "auffälliger" eine Aussendung außen ist, desto eher sollte die Aussendung geöffnet und ihr Inhalt mindestens kurz beachtet werden.

Unterschiedliche Formate werden ebenfalls als unabhängige Variable aufgenommen, denn Größe zählt nach KROEBER-RIEL und MEYER-HENTSCHEL (1982) ebenfalls zu den formalen Qualitäten, die Aktivierung als Voraussetzung für (Beachtungs-)Wirkung auslösen. Auch die in Kapitel 2.1.1 zitierte WILKES-Untersuchung (1977) läßt erwarten, daß unterschiedliche Formate einen Einfluß haben werden.

"Aussendung ist eine Musteranforderungskarte" wird als gesondertes Merkmal betrachtet, denn die Musteranforderungskarte ist ein eigenständiger Aussendungstyp: Musteranforderungskarten sind in der Regel intensiv farbig mit Abbildungen und/oder mit auffälligen Aufdrucken gestaltet. Es ist also durchaus eine relativ hohe Aktivierung zu erwarten. Aber diese Art von Aussendungen enthält viel weniger Informationen als andere. Es ist nicht Zweck der Musteranforderungskarte, den Arzt ausführlicher über bestimmte Sachverhalte zu informieren, sondern sie gibt Gelegenheit, Arzneimittelmuster zu bestellen. Da die Informationsnutzen-Erwartung hier weitgehend fehlt, erwarten wir, daß die Reaktion des Arztes gegenüber Musteranforderungskarten

anders ist als gegenüber Aussendungen, die vergleichbar aktivierend aber informativer sind.

Als weitere mögliche Wirkungsvariablen aufgenommen wurden verschiedene Hinweise auf dem Umschlag, z.B. der Hinweis auf eine Neueinführung. Denn nach BERLYNE (1974) zählt die Neuartigkeit eines Reizes zu den aufmerksamkeitsfördernden Bedingungen. Der Hinweis auf eine dem Brief beigelegte Musteranforderungskarte, der Hinweis auf das Präparat und der Hinweis auf die Firma sind Bedingungen, die WILKES (1977) als fördernd für die Rücklaufquote bei Arzneimittelanforderungen gefunden hat. Es scheint plausibel anzunehmen, daß diese Merkmale auch für die vorhergehende Stufe der Beachtung von Aussendungen von Bedeutung sind.

Unter "Hinweis auf Inhalt" sind "ungewöhnliche" Hinweise, die nicht unter die bisher genannten fallen, vercodet worden. Gemeint sind z.B. Hinweise auf Kongresse, auf Kunst- und Kulturbeilagen, auf Hilfen zur Praxisorganisation etc.. Diese Hinweise signalisieren möglicherweise einen höheren Nutzen für den Arzt und lösen verstärktes Interesse aus und sollten deshalb zu einer ausführlicheren Beschäftigung mit einer solchen Aussendung führen.

Weiter wurden als unabhängige Variablen das Vorhandensein einer Briefmarke (viele Ärzte sind Sammler) und die Art des Umschlagmaterials aufgenommen. Bei dem letzten Punkt wurde vor allem an die Plastikfolien gedacht, die doch noch recht ungewöhnlich sind und dadurch vielleicht Aufmerksamkeit hervorrufen. Ergänzend wurde noch aufgeführt, wenn eine Aussendung zu einer Serie gehörte und wenn sie einen persönlichen Absender trug.

Eine naheliegende Vermutung, die sich auf das Material im Brief bezieht, ist, daß mit steigender Zahl von Informationsmaterialien in einem Brief auch die Beschäftigung mit einer solchen Aussendung zunimmt, weil viele verschiedene Informationen geboten werden. Das Vorhandensein von Muster- bzw. Literaturanforderungskarten wurde ebenfalls als unabhängiges Merkmal aufgeführt. Beide bieten dem Arzt einen Zusatznutzen. Photos und Graphiken im Brief wurden auch als Variablen aufgenommen, denn Bilder sind besser wirksam als reiner Text (s. KROEBER-RIEL und MEYER-HENTSCHEL, 1982).

Ein besonders wichtiges Merkmal ist natürlich die Art der Textinformation. Es werden sieben verschiedene Informationstypen unterschieden (s. Kapitel 4.4), um zu klären, welcher den Arzt am meisten interessiert, ihm den höchsten Informationsnutzen bietet. Z.B. gibt es einen älteren Befund von Infratest Gesundheitsforschung (1971, zitiert nach: GIRARDI, M. R.: Informationspsychologische Auswirkungen der Werbeeinschränkungen auf dem Pharmasektor, 1975), wonach eine relative Mehrheit der befragten praktischen Ärzte von Aussendungen ausführliche Informationen erwartet. Auf der anderen Seite ist aber zu berücksichtigen, daß eine übertrieben genaue Mitteilung pharmazeutischer Einzelheiten u.U. das Verständnis weit mehr erschwert als die Übermittlung einiger kurz gefaßter Aussagen (CRAMER, 1973).

Es ist auch denkbar, daß z.B. Aussendungen mit Sonderdrucken den Arzt besonders interessieren, weil dieser Informationstyp firmenunabhängig und damit für den Arzt vielleicht besonders objektiv und glaubwürdig ist.

Auch der Themenbezug der Aussendungsinhalte kann durch unterschiedliche Nutzenserwartungen entscheidend für die Zuwendung des Arztes zu bestimmten Aussendungen sein. Es wurden indikations-, produkt-, praxisbezogene und sachfremde Inhalte differenziert (vgl. auch Kapitel 2.2.2).

Ergänzend wurde noch die persönliche Anrede aufgenommen. Hinweise aus der WILKES-Untersuchung (1977) lassen vermuten, daß sich auch dieses Merkmal auswirken kann.

Bis hierher wurde, ausgehend von theoretischen Überlegungen, versucht, potentielle Einflußgrößen abzuleiten. Es soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, daß trotz dieser Herleitung eine gewisse Willkür bei der Auswahl natürlich nicht auszuschließen ist. Aber im Vergleich zu einer rein intuitiven Auswahl der Variablen ist das gewählte Vorgehen mit Sicherheit vorzuziehen.

Die gewählten Ansätze sind notwendigerweise recht allgemein und es liegen wenige Vorinformationen zum Objektbereich vor. Unter diesen gegebenen Voraussetzungen ist es natürlich nicht möglich und auch nicht die Zielsetzung der Untersuchung, spezifische Hypothesen etwa zur Stärke des Zusammenhanges, zur Stellung einzelner unabhängiger Variablen zueinander etc. zu formulieren und dann empirisch zu testen.

Die Berechtigung eines solchen Vorgehens wird auch bei SELG und BAUER (1976, S. 36) deutlich: Nicht jede wissenschaftliche Untersuchung muß Hypothesen im Sinne klarer Erwartungen auf seiten des Forschers haben. Im Anfangsstadium der Erforschung eines Problemereiches sind Studien ohne klar abgeleitete Arbeitshypothesen legitim.

FRIEDRICHS (1983) macht die Herangehensweise an einen Untersuchungsgegenstand ebenfalls von dem bereits erreichten Kenntnisstand abhängig:

"Je nachdem, welche Kenntnis über einen Objektbereich bereits vorliegt, wird eine empirische Untersuchung eher deskriptiv oder eher analytisch in Form von Hypothesen prüfend sein. Analytische Studien setzen beschreibende voraus. In einer beschreibenden Studie will man Erkenntnisse über einen bisher unbekannten oder zu wenig bekannten Gegenstandsbereich gewinnen, die Auswahl von Variablen ist mehr oder weniger intuitiv, der Studie liegen nur vage Vermutungen zugrunde. Sind die Beschreibungen hinreichend ausführlich und nach gleichen Merkmalen vorgenommen, so stellen solche Studien eine außerordentlich wichtige Grundlage für weitere Studien und für die Hypothesenformulierung dar."

Beeinflusst werden kann die Herangehensweise an einen Untersuchungsgegenstand auch durch die Zielsetzung: Geht es darum, einen Beitrag zur Theorienbildung zu liefern oder will man letztlich praktische Entscheidungen treffen (vgl. ANASTASI, 1973). Die vorliegende Untersuchung ist sicherlich unter letzterem Gesichtspunkt zu betrachten. Sie ist eher deskriptiv als analytisch.

3.2 Erhebungsmethoden

MALETZKE (1982) stellt die Forderung nach Kombination mehrerer Methoden in der Wirkungsforschung auf und begründet diese wie folgt:

"Nun erfaßt jedes sozialwissenschaftliche Forschungsvorgehen den Untersuchungsgegenstand immer nur von einer

Seite, in Ausschnitten, aus einer bestimmten Perspektive. Das bedeutet: jede Methode hat ihre Schwächen, sie ist in ihrer Leistungsfähigkeit begrenzt - ein willkommener Ansatzpunkt für Kritiker, Zweifler und Gegner. Doch sind diese Schwächen nicht unüberwindlich: Da die jeweiligen Ausschnitte und Perspektiven verschieden sind, ergänzen die einzelnen Methoden einander in hohem Maße. Oft liegt die Stärke der einen Methode gerade da, wo die andere versagt. Aus diesem Grunde setzt man - wo immer möglich - mehrere komplementäre Verfahren zugleich ein. M e t h o d e n k o m b i n a t i o n ist gegenwärtig eine häufig zu hörende Forderung in der Wirkungsforschung."

3.2.1 Befragung

Die vorliegende Untersuchung war Teil eines Marktforschungsprojektes. "Die Marktforschung als wichtiger Anwendungsbereich der empirischen Sozialforschung bedient sich bei ihrer Datenbeschaffung nach wie vor am häufigsten der Methode der mündlichen bzw. persönlichen Befragung" (KIRCHNER, 1981, S. 38).

FRIEDRICHS (1983, S. 208) nennt einige der Gründe dafür: Das strukturierte Interview liefert relativ standardisiert für eine größere Zahl von Personen sehr viele Informationen. Das Interview wird zur Basis der Auskünfte über Einstellungen, Meinungen einzelner Individuen und Gruppen; die Befragung bleibt unersetzbar, um die Kategorien eines Individuums kennenzulernen.

Mit der Durchführung von Befragungen können verschiedene Absichten verbunden werden. Ein Ziel von Befragungen ist die Informationsgewinnung über bestimmte, ausgewählte Ob-

jektbereiche. Eine einem solchen Zweck dienende Befragung wird als ermittelnde Befragung bezeichnet. Das ermittelnde Interview läßt sich im Hinblick auf die Absicht der Befragung wiederum in mehrere Formen klassifizieren. Genannt seien hier das informativische und das analytische Interview. Während bei dem informativischen Interview die Befragung dazu dient, bestimmte ausgewählte Tatsachen als solche festzustellen, um sie deskriptiv beschreiben zu können, geht die analytische Befragung darüber hinaus, indem durch sie versucht wird, die theoretischen Überlegungen (meist in Form relationaler Hypothesen) an der Realität zu überprüfen (vgl. LAMNEK, 1980, S. 139).

Zusammenfassend sei festgehalten: Es wurde eine informativische Befragung durchgeführt, deren Ziel die Deskription bestimmter, ausgewählter Tatbestände war. Das strukturierte Interview ist dafür eine geeignete Methode, solange es um Fakten und konkrete Verhaltensweisen geht (COOPER und BRANTHWAITE, 1977). Dem persönlichen Interview wurde der Vorzug vor einer schriftlichen Befragung gegeben. Dieses Verfahren ist zwar aufwendiger, aber es ist aus anderen Untersuchungen bekannt, daß gerade bei Ärzten eine schriftliche Befragung aufgrund der extrem niedrigen Rücklaufquoten ohne starke Verzerrungseffekte kaum durchführbar ist.

3.2.2 Verhaltensregistrierung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Variablen zu bestimmen, die mit dem Verhalten von Ärzten gegenüber Aussenungen in Zusammenhang stehen.

Bei der Beantwortung dieser Frage verbietet sich ein experimentelles Vorgehen aus zwei Gründen:

1. Es liegen keine klaren Hypothesen darüber vor, welche Variablen das Verhalten des Arztes beeinflussen.
2. Die künstliche Situation des Experimentes unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der alltäglichen Welt. Es würde also unter experimentellen Bedingungen an ökologischer Validität (vgl. NEISSER, 1979) mangeln, denn die Beschäftigung des Arztes mit Aussendungen sieht unter normalen Praxisbedingungen zwangsläufig ganz anders aus.

Es soll aber gerade das "normale" Umgehen mit Aussendungen in der alltäglichen Situation festgehalten werden. Der Untersucher darf also nicht aktiv in die Realität eingreifen.

Ziel ist das Erreichen einer quasi-biotischen Situation, die möglichst wenig Abweichungen vom "normalen" Verhalten induziert. Deshalb findet die Phase der Verhaltensregistrierung auch vor der Befragung statt, um Verhaltensänderungen durch die Interviews auszuschalten.

Als angemessen gewählt wurde die Methode der mittelbaren, systematischen Beobachtung in der natürlichen Situation (vgl. SELG und BAUER, 1976).

Gelegentlich werden dem Laien (also hier: dem Arzt bzw. der Arzthelferin) dabei vorgefertigte Beobachtungssysteme als Hilfsmittel für Beurteilungsprozesse zur Verfügung gestellt (vgl. SELG und BAUER, 1976). Dies geschah auch in vorliegender Arbeit. Die an der Untersuchung teilnehmenden Praxen erhielten selbstklebende Aufkleber, auf denen verschiedene mögliche Grade der Beachtung von Aussendungen

aufgedruckt waren. Diese Art der Markierung wurde gewählt, weil sie schnell und für die Beteiligten unaufwendig abläuft. Es sollte so verhindert werden, daß ein normalerweise eher unbewußt ablaufender Prozeß zu sehr in den Mittelpunkt rationaler Überlegungen gerückt wird. Das Vorgehen ist sicherlich nicht ganz unproblematisch, da das Verhalten, das erfaßt werden sollte, durch die Meßmethode beeinflusst werden könnte. Aber unter Abwägung aller Möglichkeiten erschien das gewählte Verfahren noch am günstigsten.

3.2.3 Kategorisierung des gefundenen Materials

Die in der Phase der Verhaltensregistrierung markierten und gesammelten Aussendungen wurden von der Verfasserin anhand einer Liste von inhaltlichen und Gestaltungsmerkmalen codiert. Diese Liste wurde nach der Maßgabe erstellt, möglichst alle Merkmale zu umfassen, die für die Auseinandersetzung des Arztes mit Aussendungen von Bedeutung sein könnten (zur Ableitung der Variablen s. Kap. 3.1, eine Auflistung mit genauer Beschreibung der Merkmale erfolgt in Kap. 4.4).

3.2.4 Skalierung

Es wird mit einfachen Beurteilungsskalen (rating scales) gearbeitet. Dabei wird ein Kontinuum vorgegeben, auf dem eine Beurteilung von Objekten (hier: Aussendungen) vorgenommen werden soll. Diese Art von Ordinalskalen kann durchaus sehr nützliche Ergebnisse bringen. Trotzdem ist sie natürlich eher explorativ, da z.B. eine präzise Prüfung

der Eindimensionalität und der Gewichtung der Items und Abstände fehlt (vgl. FRIEDRICHS, 1983).

Die verwendeten Skalen sind absolute Beurteilungsskalen: Bestimmte Objekte werden anhand eines vorgegebenen "Maßstabes" - ohne daß, wie bei den relationalen Skalen, vergleichende Objekte herangezogen werden - beurteilt (LAMNEK, 1980).

3.3 Auswertungsmethoden

Die vorliegende Untersuchung hat, wie in Kap. 3.1 ausgeführt, eher deskriptiven Charakter. Aus diesem Grunde werden auch fast ausschließlich deskriptive Auswertungsverfahren eingesetzt.

3.3.1 Korrelationsanalyse

Es sollen Zusammenhänge zwischen dem Grad der Auseinandersetzung mit Aussendungen und deren inhaltlichen und Gestaltungsmerkmalen beschrieben werden. Für die Untersuchung des Grades des Zusammen-Auftretens bestimmter Erscheinungen bieten sich korrelationale Verfahren an (LAUCKEN und SCHICK, 1978). "Die Korrelationstechniken sind auf die Erfassung der gemeinsamen Variation von zwei und mehr Variablen ausgerichtet. Die Anwendung von Korrelationsmethoden ermöglicht die Beantwortung der Frage: Wie eng ist der Zusammenhang zwischen den Variablen?" (SELG und BAUER, 1976). Die Wahl des Korrelationskoeffizienten als Maßzahl für die

Stärke des Zusammenhanges zwischen zwei Variablen ist abhängig vom Skalenniveau der vorliegenden Daten. Da die Aussendungsmerkmale auf Nominalniveau erfaßt sind, präziser gesagt: dichotomisiert sind, wird für die Analyse der Phi-Korrelationskoeffizient nach PEARSON herangezogen (vgl. LAMNEK, 1980, S. 49).

3.3.2 Regressionsanalyse

Neben der Beschreibung des Zusammenhanges der einzelnen Merkmale mit der Beachtung sollte erfaßt werden, wieweit sich die (längere) Beachtung von Aussendungen durch die Kombination mehrerer Merkmale vorhersagen läßt. Dazu wurde das Verfahren der multiplen Regressionsanalyse gewählt. "Ziel der Regressionsstatistik ist die Voraussage der Meßwerte einer Variablen bei Kenntnis der Meßwerte einer anderen Variablen oder mehrerer anderer Variablen (z.B. multiple lineare Regression)" (SELG und BAUER, 1976). Zwischen der Kriteriumsvariablen und der (den) Prädiktorvariablen besteht eine funktionale Abhängigkeit. Diese funktionale Abhängigkeit darf nicht als Ursache-Wirkungsverhältnis interpretiert werden (vgl. SELG und BAUER, 1976, S. 113). Die multiple lineare Regressionsanalyse wird als Spezialfall des Allgemeinen Linearen Modells betrachtet (vgl. ROCHEL, 1983). Es wird davon ausgegangen, daß die Kriteriumsvariable intervallskaliert ist bzw. näherungsweise für intervallskaliert gehalten werden kann. Bei den Modellvoraussetzungen werden von den Prädiktorvariablen keine besonderen Skaleneigenschaften verlangt. Soweit es nur um die formalen Eigenschaften des linearen Modells geht, ist das auch nicht erforderlich. Anders sieht es bei der Interpretation der Ergebnisse aus. Für eine sinnvolle Interpretation der Ergeb-

nisse ist es notwendig, von kontinuierlichen Prädiktoren auszugehen, es sei denn, die Prädiktorvariablen treten nur in zwei Ausprägungen auf, sind also dichotomisiert, wie es in der vorliegenden Arbeit der Fall ist. Die Erklärung dafür, warum nicht einmal rangskalierte Variablen, wohl aber kategoriale Prädiktoren den Anforderungen genügen: Die an eine Intervallskala gestellten Forderungen können nur dann empirisch verletzt werden, wenn mehr als zwei Werte vorhanden sind. Für Variablen, die nur zwei durch Zahlen repräsentierte Ausprägungen haben, kann einfach nicht gezeigt werden, daß Intervallskalenniveau nicht vorliegt (ROCHEL, 1983).

Das vorliegende Datenmaterial erfüllt also die Voraussetzungen für die Durchführung einer multiplen linearen Regressionsanalyse.

3.3.3 Clusteranalyse

In einem letzten Auswertungsschritt wurden die anhand einer Vielzahl von Merkmalen beschriebenen Aussendungen zu Typen zusammengefaßt. Das Ziel der Clusteranalyse war, die Grundgesamtheit der Aussendungen in Gruppen zu unterteilen, die hinsichtlich der untersuchten Merkmale innerhalb der Gruppe möglichst homogen und zwischen den Gruppen möglichst heterogen sind, d.h. der Gegenstandsbereich sollte durch Auffinden "typischer" Merkmalskombinationen übersichtlicher gemacht werden.

Die Clusteranalyse ist, was das Skalenniveau der Daten angeht, voraussetzungslos. Die Merkmale können beliebig skaliert sein. Allerdings sollten alle Variablen, die in die Clusteranalyse eingehen, gleiches Skalenniveau haben. Dies ist bei dem vorliegenden Datenmaterial der Fall.

Es gibt für clusteranalytische Verfahren, je nach Skalenniveau der Variablen, eine Vielzahl verschiedener Ähnlichkeits- bzw. Distanzmaße. Für nominalskalierte bzw. dichotomisierte Variablen bietet sich der Assoziationskoeffizient an.

Clusteranalytische Verfahren lassen sich nach zahlreichen Gesichtspunkten einteilen: Man unterscheidet agglomerative und divisive, hierarchische und nicht-hierarchische Verfahren etc. (vgl. dazu STEINHAUSEN und LANGER, 1977). Für das vorliegende Datenmaterial ist, wegen der relativ kleinen Anzahl der Ausgangseinheiten ($N = 64$), ein hierarchisches Verfahren adäquat.

Bei der Durchführung einer Clusteranalyse ist zu berücksichtigen, daß alle clusteranalytischen Verfahren die Existenz von Typen erzwingen, auch wenn überhaupt keine da sind. Die Typologisierung unterzieht ja vorhandene Daten einer nachträglichen Hypothesenbildung. Oder anders gesagt: Die Clusteranalyse stellt eine nachträgliche Bildung von Hypothesen über die Zusammenfassung von ähnlichen Einheiten dar. Es ist daher unbedingt erforderlich, diese Hypothesen mit anderen Verfahren zu überprüfen.

4. DATENERHEBUNG

4.1 Stichprobe

Geplant war eine Stichprobe von 100 Praktikern bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin und niedergelassenen Internisten, verteilt über die Bundesrepublik. 96 Ärzte nahmen an der Befragung teil und machten Angaben zur Statistik.

Ein Vergleich der Struktur der Stichprobe mit Angaben zur Grundgesamtheit der Praktiker und niedergelassenen Internisten (laut LA-MED 1984) zeigt für die meisten Merkmale eine recht gute Übereinstimmung:

Tabelle 1: Struktur der Stichprobe vs. Struktur der Grundgesamtheit

	<u>Stichprobe</u> (N=96) %	<u>Grundgesamtheit</u> %
<u>Fachrichtung:</u>		
Praktiker	75	73
niedergelassener Internist	25	27
<u>Geschlecht:</u>		
Arzt	78	82
Ärztin	22	18

(Fortsetzung Tabelle 1)

	<u>Stichprobe</u> (N=96) %	<u>Grundgesamtheit</u> %
<u>Alter:</u>		
unter 50 Jahre	65	51
50 Jahre und älter	35	49
<u>Ortsgröße:</u>		
bis unter 5.000 E.	6	11
5.000-unter 20.000 E.	16	19
20.000-unter 100.000 E.	31	27
100.000-unter 500.000 E.	27	21
500.000 und mehr E.	20	23
<u>Bundesländer¹:</u>		
Hamburg, Bremen, Schleswig-		
Holstein, Niedersachsen	22	20
Nordrhein-Westfalen	25	24
Hessen, Rheinland-Pfalz,		
Saarland	12	17
Baden-Württemberg	20	16
Bayern	20	20
Berlin (West)	-	3

Die befragten Ärzte sind, wie die Statistik zeigt, etwas jünger als die Grundgesamtheit. Für die Gesamtaussage der Untersuchung (nämlich welche Einflußgrößen sich auf das Verhalten des Arztes gegenüber Aussendungen auswirken) dürfte dies jedoch ohne Belang sein.

¹ Zusammenfassung nach Nielsen Gebieten

Von den 96 Ärzten, die im Anschluß an die Woche des Sammelns von Aussendungen ein Interview gaben, hatten nur 92 Aussendungen eingesandt, sodaß die Analyse der Zusammenhänge auf dem Material von 92 Praxen basiert.

In 57 Arztpraxen wird laut Befragungs-Angaben vorsortiert. In diesen Praxen wurden auch die für die Vorsortierung zuständigen Sprechstundenhilfen interviewt. 60 Arzthelferinnen wurden befragt. Für das Vorsortieren der Post ist also in fast allen Fällen eine Person zuständig, obwohl in 85 % der Praxen mehr als eine Helferin beschäftigt ist. Diese Tatsache hat die organisatorische Anlage der Studie sehr erleichtert.

Für die Teilnahme an der Untersuchung erhielten Ärzte und Sprechstundenhilfen (soweit sie die Aussendungen vorsortierten) eine Vergütung in Höhe von 120 DM bzw. 60 DM.

4.2 Verhaltensregistrierung

In der Woche vom 21. Mai bis 28. Mai 1984 wurden alle in den Praxen eingehenden Aussendungen der pharmazeutischen Industrie gesammelt und je nach Beachtungsgrad mittels verschiedenfarbiger Aufkleber markiert.

Um zu überprüfen, ob dieses Verfahren überhaupt durchführbar war, wurde in der Woche vom 2. April bis 6. April 1984 mit 10 Praxen ein Pretest gemacht.

4.2.1 Material

Jede Praxis erhielt vor Beginn der Untersuchung folgende Unterlagen:

2 Erläuterungen

für den Arzt und ggf. die Sprechstundenhilfe, in denen detaillierte Hinweise zum Vorgehen gegeben wurden (s. Anhang).

40 Plastikhüllen

Falls eine Aussendung geöffnet wurde, sollte zur besseren Ordnung alles, was zu dieser Aussendung gehört, in eine Plastikhülle gesteckt werden (da sonst eventuell die einzelnen Teile einer Aussendung nicht mehr identifizierbar gewesen wären).

30 grüne Fehlzettel

Falls die Ärzte oder die Sprechstundenhilfen von einer Aussendung etwas einbehalten wollten, sollten sie auf dem Fehlzettel markieren, was einbehalten wurde und den Rest der Aussendung zusammen mit dem Fehlzettel in eine Plastikhülle geben (Fehlzettel s. Anhang).

48 weiße Aufkleber

Diese Aufkleber waren ausschließlich für die Sprechstundenhilfe. Sie sollte sie auf Aussendungen kleben, die sie aus-sortiert, d.h. dem Arzt nicht vorlegt (gilt für Praxistyp II, s. Graphik zu den Erläuterungen zum Ablauf der Studie im Anhang).

Je 40 gelbe, blaue und rote Aufkleber

Diese Aufkleber waren für den Arzt. Er sollte damit den Grad der Beachtung einer Aussendung abstufen. Dabei bedeutet:

gelb	=	ungeöffnet weggelegt
blau	=	nur zur kurzen Orientierung geöffnet
rot	=	geöffnet und etwas länger beachtet

Auf den blauen und gelben Aufklebern konnte der Arzt kurze Kommentare zur Aussendung vermerken, auf dem roten wurde er nach seinem Urteil über Inhalt und Gestaltung gefragt und ob es sich für ihn gelohnt hat, diese Aussendung länger zu beachten, ob wichtige Informationen dabei waren (Aufkleber s. Anhang).

5 bereits frankierte Umschläge und Klebeband

Die Aussendungen sollten in die frankierten Umschläge gesteckt und an das Institut geschickt werden. Es wurde besonders darauf hingewiesen, daß die Umschläge gut verklebt werden müssen und deshalb Klebeband beigelegt ist.

Etwa 8 Ärzte riefen während der Woche persönlich beim Institut an und baten um Nachversand von Aufklebern und Fehlzetteln.

4.2.2 Instruktion

Die Ärzte wurden bei der Anwerbung über Sinn und Zweck der Untersuchung ausführlich informiert. Vor Beginn der Woche,

in der die Aussendungen gesammelt und markiert werden sollten, erhielten sie schriftlich Hinweise zum Vorgehen. Es wurde erklärt, welche Aussendungen erfaßt werden sollen, was zu tun ist, wenn sie etwas einbehalten wollen, wo die Aufkleber angebracht werden sollen und wie die Aussendungen an das Institut zurückgeschickt werden. Ausdrücklich wurde darauf hingewiesen, die normalen Gepflogenheiten nicht zu verändern (s. Erläuterungen im Anhang).

4.3 Befragung

Die Befragung fand nach der Verhaltensregistrierung im Zeitraum vom 31. Mai 1984 bis zum 29. Juni 1984 statt.

4.3.1 Arzt-Interview

Es handelte sich um teilstrukturierte, persönlich und mündlich durchgeführte Interviews. Von den 28 Fragen wurden 12 offen gestellt, bei 16 Fragen waren die Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Es wird im Rahmen dieser Arbeit nicht auf alle Fragen des Interviews eingegangen, da einige Themen firmenspezifisch (z.B. Fragen zu Aussendungen über Labordiagnostik) waren und deshalb hier nicht von Interesse sind. Einige Fragen sind auch aus rein pragmatischen Erwägungen aufgenommen worden. Diese werden nur soweit sie als Hintergrundinformation interessant sind betrachtet.

Die einleitenden Fragen im Interview beschäftigten sich mit ärztlichen Informationsmedien generell, bevor im weiteren Verlauf genauer auf Aussendungen eingegangen wurde. Nach einer Abschätzung des Zeitaufwandes für verschiedene Tätigkeiten im Tagesverlauf wurden die Ärzte nach ihren bevorzugten Informationsquellen gefragt, wobei nur Informationsmedien der pharmazeutischen Industrie berücksichtigt wurden. Es wurde differenziert nach Informationen über neue und bereits bekannte Präparate, denn es gibt eine Reihe von Hinweisen in der Literatur, daß die Benutzung von Informationsquellen durch den Arzt abhängig ist von der Phase des Entscheidungsprozesses (vgl. z.B. COLEMAN, KATZ und MENZEL, 1966). Die unterschiedlichen Informationsmedien wurden dann vom Arzt anhand vorgegebener Kriterien beurteilt, um den jeweiligen Nutzen der einzelnen Informationsmedien für den Arzt zu erfassen.

Die Untersuchung insgesamt sollte Aufschlüsse darüber geben, welche Bedingungen den Arzt veranlassen, sich länger mit einer Aussendung zu beschäftigen. Danach wurde im Interview auch direkt gefragt. Die Frage wurde zunächst offen gestellt, um den subjektiven Stellenwert verschiedener Bedingungen beim Arzt spontan zu erfassen. Dann wurde eine Konkretisierung auf verschiedene mögliche Einflußfaktoren vorgenommen. Einer davon ist sicherlich die absendende Firma: Ein positives Firmenimage kann zu einem erhöhten Interesse an Aussendungen dieses Unternehmens führen. STRÜNGMANN (1977, S. 90, 91) zitiert eine Untersuchung von FRIESEWINKEL¹ zur Image-Analyse, die zeigt, daß die Größe einer Un-

¹ Vgl. Institut Dr. Friesewinkel (Hrsg.): Image-Analyse Pharmazeutische Industrie BRD. Untersuchungszeitraum 1967-1969. Basel/Schweiz, o.J..

ternehmung mit der positiven Einstellung (Vertrauen) des Arztes zu den Herstellern weitgehend korrespondiert. Die "großen" und "bekannten" Firmen haben im allgemeinen einen soliden seriösen Ruf. Intensive Forschungsarbeit und qualifizierte wissenschaftliche Publikationen sind die dominierenden Kriterien für die Beurteilung eines Unternehmens.

Weiter sollte der Stellenwert des Indikationsgebietes beleuchtet werden. Einige Krankheitsbilder könnten allein aufgrund ihres häufigeren Auftretens für den Arzt von höherem Interesse sein. Ebenso könnte die unterschiedliche Zufriedenheit des Arztes mit dem Präparateangebot in einem Indikationsgebiet (bspw. wird die Zufriedenheit bei der Behandlung der Hypertonie höher als in der Rheumatherapie sein) die Zuwendung zu Aussendungen eines Indikationsgebietes beeinflussen.

Darüber hinaus wurde die Bedeutung von Aussendungen als Bezugsquelle für Musteranforderungskarten und die Funktion der Sprechstundenhilfe bei der Behandlung von Aussendungen (Vorsortieren der Post) erfaßt.

4.3.2 Arzthelferin-Interview

Wie bei der Arztbefragung handelte es sich auch hier um persönliche, teilstrukturierte Interviews. Es wurden 23 Fragen gestellt, 8 davon offen und 15 mit Antwortvorgabe.

Auch hier wird bei der Ergebnisdarstellung nicht auf alle Fragen eingegangen werden, da sie für den vorliegenden Zusammenhang nicht bedeutsam sind.

Themen der Befragung:

- Anweisungen für das Aussortieren von Aussendungen
- Kriterien, die die Sprechstundenhilfe anwendet, wenn sie Aussendungen an den Arzt weitergibt
- Verhalten gegenüber in Aussendungen enthaltenen Literatur- und Musteranforderungskarten und Anforderungskarten für Praxishilfen (wie z.B. Diäthilfen, Gewichtstabellen oder Kalorientabellen).

Der Fragebogen findet sich im Anhang.

4.3.3 Interviewdauer

Die Länge der Interviews betrug bei den Ärzten circa 20-25 Minuten, bei den Sprechstundenhilfen circa 10-15 Minuten.

4.4 Materialsammlung und Kategorisierung

Nachdem die gesammelten Aussendungen aus der Phase der Verhaltensregistrierung beim Institut eingegangen waren, wurden sie gesichtet und geordnet. Es wurden 186 verschiedene Aussendungen in jeweils unterschiedlich vielen Exemplaren gefunden. Alle 186 Aussendungen wurden von der Verfasserin anhand einer Liste formaler Merkmale beschrieben. Dieser Katalog wurde nach der Maßgabe erstellt, möglichst alle diejenigen Merkmale zu enthalten, die für das Verhalten des Arztes gegenüber Aussendungen bedeutsam sein können (zur Ableitung der Merkmale vgl. Kap. 3.1).

In Tabelle 2 sind diese Merkmale zusammengestellt.

Tabelle 2: Formale Aussendungsmerkmale

Außenkriterien¹

Briefmarke vorhanden
farbig
Abbildung
Produktsymbol
persönlicher Absender
Seriencharakter

Hinweis auf ...

- Inhalt
- Firma
- Präparat
- Musteranforderungskarte
- Neueinführung

Format

- Musteranforderungskarte (perforierte Klappkarte)
- Langformat
- quadratisch
- DIN A4
- DIN A5
- sonstiges

Art des Materials

- Papier
- Pappe
- Kunststoff (Folie)

¹ beziehen sich auf den Umschlag der Aussendung

(Fortsetzung Tabelle 2)

Auffälligkeitsstufe

- neutral
- schwach
- mittel
- stark
- sehr stark

Innenkriterien¹

Zahl der Stücke innen

- ohne Umschlag (perforierte Klappkarte)
- mit Umschlag
 - 1 Stück
 - 2 Stücke
 - 3 Stücke
 - 4 Stücke
 - 5 Stücke
 - 6 Stücke und mehr

Es waren vorhanden

- Musteranforderungskarte
- Literaturanforderungskarte
- Photos
- Graphiken
- nur Brief
- Brief zusätzlich
- persönliche Anrede

Art der Textinformation

- Gebrauchsinformation für Fachkreise
- Folder (max. 12 Seiten)
- wissenschaftliche Broschüre (über 12 Seiten)
- Extensivprospekt
- Sonderdruck
- Info-Kärtchen
- Beipackzettel

¹ beziehen sich auf das Material im Brief

(Fortsetzung Tabelle 2)

Inhaltsaspekte

- Text ist indikationsbezogen
- Text ist produktbezogen
- Text ist praxisbezogen
- Text ist sachfremd

Beschreibung der Außenkriterien

Als farbig wird eine Aussendung bezeichnet, wenn die Grundfarbe des Umschlages nicht weiß ist.

Die Untersuchung beschränkt sich auf Aussendungen pharmazeutischer Unternehmen und in der Regel sind diese auch als Absender angegeben. Es gibt aber auch Aussendungen, bei denen nicht die Firma, sondern z.B. der Leiter der medizinisch-wissenschaftlichen Informationsabteilung persönlich als Absender firmiert.

Neben Aussendungen, die einzeln einem bestimmten Thema oder Präparat gewidmet sind, gibt es solche, die Bestandteil einer Serie sind, die sich in mehreren Folgen mit einem Thema - etwa der Diagnose bestimmter Erkrankungen - auseinander setzt.

Unter "Hinweis auf Inhalt" sind alle Aufdrucke zusammengefaßt, die nicht durch die anderen aufgeführten spezifischen Hinweise abgedeckt sind. Darunter fallen etwa die Ankündigung von Hilfen für die Praxis, von Kongressen, das Angebot von Literatur etc.. Das Merkmal "Hinweis auf Inhalt" weist

also in der Regel auf "ungewöhnliche" Aussendungsinhalte hin.

Die Art des Materials könnte insofern bedeutsam sein, als kartonierte Pappumschläge und Folienumschläge sehr selten sind und deshalb die Aufmerksamkeit auf sich ziehen oder die Plastikfolien durch ihre schwierigere Handhabung beim Öffnen aus dem Rahmen fallen.

In das Merkmal Auffälligkeitsstufe gehen kombiniert die "Buntheit" einer Aussendung und der Anteil der gestalteten Fläche des Umschlages ein. So ist eine "neutrale" Aussendung dadurch gekennzeichnet, daß der Umschlag ganz weiß ist und nur der Absender aufgedruckt ist. Eine "sehr stark auffällige" Aussendung hat einen mehrfarbigen Umschlag, dessen Fläche zu einem großen Teil durch Abbildungen und/oder Aufdrucke gestaltet ist. Die Einordnung der Aussendungen in verschiedene Auffälligkeitsstufen erfolgte nach subjektivem Urteil der Verfasserin.

Beschreibung der Innenkriterien

Es wird die Anzahl der im Brief enthaltenen Teile erfaßt.

Ebenso wird die Art des im Brief enthaltenen Materials festgehalten: Besteht die Aussendung nur aus einem Anschreiben, sind Muster- oder Literaturanforderungskarten beige-fügt, ist der Text mit Photos oder Graphiken angereichert etc..

Die verschiedenen Arten der Textinformation lassen sich

folgendermaßen kategorisieren:

Der Beipackzettel enthält die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestinformationen über ein Präparat (Zusammensetzung, Anwendungsgebiet, Gegenanzeigen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Dosierung und Anwendungshinweise, Eigenschaften, Darreichungsform und Packungsgrößen).

Das Info-Kärtchen enthält diese Informationen ebenfalls und darüberhinaus noch einige weitere Hinweise für den Arzt.

Die Gebrauchsinformation für Fachkreise ist ein auf ein bestimmtes Präparat bezogenes, standardisiertes Faltblatt, das neben den bisher genannten Informationen über pharmakologische und pharmakodynamische Aspekte eines Medikaments Auskunft gibt.

Ein Folder kann präparat- oder indikationsbezogen sein. Er enthält in relativ knapper Form Informationen über neue Ergebnisse zur Diagnose oder Therapie bestimmter Erkrankungen, über Studien zur Wirkungsweise eines Medikaments und anderes mehr.

Für die wissenschaftliche Broschüre gilt das über den Folder Gesagte, aber die Darstellung ist umfangreicher.

Ein Extensivprospekt setzt sich in sehr ausführlicher und umfassender Form mit einem Präparat auseinander. Er ist die zusammenfassende Dokumentation aller für den Arzt relevanten Fakten und Untersuchungen, die es über das Medikament gibt.

Ein Sonderdruck ist der Nachdruck eines Artikels aus einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift, der neue Erkenntnisse über eine bestimmte Erkrankung, eine Wirkstoffklasse oder ein Präparat enthält.

Der Inhalt der Texte von Aussendungen kann sich auf eine Indikation oder auf ein bestimmtes Präparat beziehen. Er kann praxisbezogen sein (z.B. Tips zur Praxisorganisation, Angebot von Patientenhilfen wie Tabellen zur Berechnung von Broteinheiten) oder sachfremd. Sachfremd wären etwa Wandertips oder ein Prospekt, in dem ein Künstler vorgestellt wird.

Für jede Aussendung wurde auf einem Code-Bogen das Vorhandensein bzw. der Ausprägungsgrad eines jeden der oben aufgeführten Merkmale festgehalten. Dadurch wird es möglich, in der Auswertung festzustellen, welche dieser Merkmale mit der Beachtung einer Aussendung zusammenhängen.

4.5 Beurteilung von 10 Aussendungen anhand ausgewählter Kriterien

Ausgewählte Aussendungen aus dem in der Woche der Verhaltensregistrierung gewonnenen Material wurden zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal vorgelegt. Die Ärzte wurden gebeten, für jede Aussendung Ratings abzugeben.

4.5.1 Stichprobe

Kontaktiert wurden 40 Ärzte. Dabei handelte es sich um eine Substichprobe des Ausgangssamples. Die Auswahl war zufällig.

4.5.2 Zeitpunkt der Beurteilung

Dieser Teil der Untersuchung wurde in der Zeit vom 8. November 1984 bis zum 20. Dezember 1984 durchgeführt, also etwa ein halbes Jahr nach der Verhaltensregistrierung und der Befragung. Dadurch sollte gewährleistet werden, daß keine Erinnerung an das konkrete Verhalten gegenüber den Aussendungen vorhanden war.

4.5.3 Material

Insgesamt wurden 10 Aussendungen vorgelegt. Vier davon waren Aussendungen der Firma, die die vorliegende Untersuchung veranlaßt hat. Drei weitere Aussendungen enthielten neben wissenschaftlichen Informationen Kultur- und Freizeitbeiträge. Daneben wurden noch eine Musteranforderungskarte und zwei Aussendungen, die betont sachlich gestaltet waren, vorgegeben. Eine enthielt eine wissenschaftliche Broschüre zu einem bestimmten Indikationsgebiet, die andere informierte über neue Handelsformen eines Präparates.

4.5.4 Beurteilungsbogen

Ziel dieser Untersuchungsphase war es, ein "qualitatives" Urteil, das den subjektiven Eindruck und die Anmutung der betreffenden Aussendungen wiedergibt, zu erhalten. Für jede Aussendung wurde ein Blatt mit 12

einzelnen Kriterien und einem Gesamturteil ("nützlich für mich") vorgelegt (Skalierungsbogen s. Anhang).

Der Ausprägungsgrad eines jeden Kriteriums konnte anhand einer 6-stufigen Skala angegeben werden.

Bsp.:

Kriterium

wirkt sympathisch,
ansprechend

0 20 40 60 80 100%

4.5.5 Firmeninterne Beurteilung

Die 10 Aussendungen, die die Ärzte anhand der Skalierungsbögen beurteilten, wurden auch einer firmeninternen Gruppe, gebildet aus Produktmanagement und Werbeabteilung, vorgelegt. Diese beiden Abteilungen sind für Gestaltung und Inhalt von Aussendungen maßgeblich. Diese Gruppe beurteilte die vorgegebenen Aussendungen anhand eines Bewertungsbogens, der weitgehend mit demjenigen identisch war, den die Ärzte erhielten. Der Beurteilungsbogen unterschied sich nur insoweit, als ein Kriterium "wichtig wegen Muster" entfiel (siehe Anhang) .

Dieses Vorgehen (Ärzte und firmeninterne Gruppe beurteilen dieselben Aussendungen anhand gleicher Bögen) ermöglicht es, die Übereinstimmung bzw. das Abweichen der Urteile zu erfassen.

4.6 Datenerhebung im Überblick

Zeitraum	Stichprobe	Vorgehen
2.- 6. April 1984	10 Praxen	Pretest
21.-28. Mai 1984	96 Praxen	Sammeln und Markieren der Aussendungen
Juni 1984	96 Praktiker/ Ärzte für Allgemeinmedizin und ndgl. Internisten	Befragung Interviewdauer: ca. 25 Minuten
	60 Arzthelferinnen in Praxen mit Vor- sortierung	Befragung Interviewdauer: ca. 15 Minuten
November/ Dezember 1984	40 Praktiker/Ärzte für Allgemeinmedizin und ndgl. Internisten	Beurteilung von 10 Aussendungen anhand ausgewählter Kriterien

5. DARSTELLUNG DER EMPIRISCHEN BEFUNDE

An den Anfang dieses Kapitels gestellt werden soll die Darstellung der Befragungsergebnisse. Diese Daten bilden eine gute Informationsgrundlage über den Objektbereich der Aussendungen generell und deren Stellenwert insbesondere auch in Hinblick auf andere Informationsmedien.

5.1 Befragung

5.1.1 Arzt-Interview

Zu Beginn des Interviews wurde der Arzt nach der Dauer verschiedener Tätigkeiten im Rahmen des Praxisalltages gefragt. Der Zeitaufwand für ärztliche Tätigkeiten an einem normalen Arbeitstag beträgt im Schnitt fast elf Stunden. Dabei entfällt der größte Anteil auf die Betreuung der Patienten in der Praxis (6,5 Stunden) und außer Haus (2,2 Stunden). Andere Tätigkeiten wie die Erledigung der Post, organisatorische Arbeiten in der Praxis, Information durch Ärztebesucher oder Fachzeitschriften nehmen jeweils etwa eine halbe Stunde des Arbeitstages in Anspruch. Auf das Durchsehen und Lesen von Aussendungen entfallen im Schnitt etwa 19 Minuten (vgl. Tab. 3).

Es kann hier nur vermutet werden, inwieweit die Schätzungen des Arztes bzgl. der Fachinformation durch die Norm der ständigen medizinischen Weiterbildung überhöht ist.

Tabelle 3: Zeitaufwand für ärztliche Tätigkeiten

ZEITAUFWAND FÜR ÄRZTLICHE TÄTIGKEITEN

Es ist allgemein bekannt, daß Ärzte sehr stark beansprucht werden.
Mann Sie an einen durchschnittlichen Arbeitstag denken, wieviel Zeit
wenden Sie für folgende Tätigkeiten ungefähr auf?

Basis: 96 Ärzte

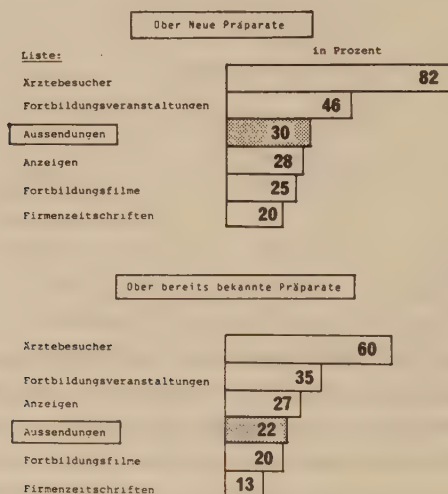
LISTE (Durchschnittswerte) →	ZEITAUFWAND
BETREUUNG VON PATIENTEN IN DER PRAXIS	6,5 STD.
BETREUUNG VON PATIENTEN AUSSER HAUS	2,2 STD.
GESPRÄCHE MIT ARZTEBESUCHERN	25 MIN.
DURCHSEHEN BZW. LESEN VON AUS- SENDUNGEN MIT PRÄPARATEIN- FORMATIONEN	19 MIN.
BRIEFPOST SORTIEREN, LESEN UND BEANTWORTEN	26 MIN.
ANDERE ORGANISATORISCHE ARBEITEN IN DER PRAXIS	23 MIN.
LESEN ODER DURCHBLÄTTERN VON FACHZEITSCHRIFTEN	34 MIN.
S U M M E	10 STD. 49 MIN.

Von den Informationsmedien der pharmazeutischen Industrie wird eindeutig der Ärztebesucher bevorzugt. Dies gilt sowohl für die Information über neue (82 %) als auch in eingeschränktem Maße über bereits bekannte Präparate (60 %). Offensichtlich hat die persönliche Kommunikation einen höheren Stellenwert als die vermittelte Kommunikation. Die Tatsache, daß hier dem Arzt ein Feedback gegeben wird, daß Unklarheiten sofort beseitigt werden können, trägt sicher zu diesem positiven Werturteil bei. Darauf deutet auch hin, daß die Fortbildungsveranstaltungen an zweiter Stelle der Nennungshäufigkeit stehen. Auch hier ist die Möglichkeit einer direkten Rückmeldung gegeben, diese Art der Information ist aber mit einem höheren Zeitaufwand verbunden.

Anzeigen haben für den Arzt vor allem Erinnerungsfunktion. So läßt sich erklären, daß kein Rückgang in der Zahl der Nennungen festzustellen ist. 30 % der Ärzte nennen bei neuen Präparaten Aussendungen. Bei bereits bekannten Präparaten beträgt dieser Wert 22 %. Die anderen genannten Informationsmedien spielen eine vergleichsweise geringere Rolle (vgl. Abb. 4).

Abbildung 4: **Bevorzugte Informationsquellen**

Basis: 96 Ärzte



Generell wird durch die geringere Zahl der Nennungen bei bereits bekannten Präparaten ein Befund von ABT (1971) bestätigt, daß die Bedeutung der kommerziellen Informationsquellen in der Phase der Bekanntmachung höher als in späteren Phasen ist, wo die nicht-kommerzielle Information eine bedeutendere Position hat.

Um die subjektiven Nutzen-Zuordnungen des Arztes zu den verschiedenen Informationsmedien kennenzulernen, wurde eine Liste mit Statements vorgegeben. Die Ärzte sollten angeben, welche davon jeweils auf die einzelnen Informationsmedien zutreffen. Mit weitem Abstand entfielen die meisten positiven Nennungen auf den Ärztebesucher. Das ist konsistent mit dem Befund, daß der Ärztebesucher die am meisten bevorzugte Informationsquelle für den Arzt ist (bezogen nur auf die Medien der pharmazeutischen Industrie). Besonders hervorgehoben wurde die Tatsache, daß Unklarheiten sofort beseitigt werden können (76 %) und die Praxisgerechtigkeit dieses Mediums (60 %). Daß "kurze Übersicht" und "ausführliche Information" dem Ärztebesucher ähnlich häufig zugeordnet werden, ist kein Widerspruch. Merkmal der direkten Kommunikation mit dem Ärztebesucher ist ja gerade, daß der Arzt bestimmen kann, wie er informiert werden möchte.

Im Vergleich zum Ärztebesucher werden Aussendungen weit weniger gut beurteilt. Es wird häufig (49 %) kritisiert, daß sie zu viel Werbung enthalten und durch eine große Häufung von Informationen verwirrend wirken (44 %). Ein Teil der befragten Ärzte (43 %) hält Aussendungen für mehr oder weniger entbehrlich.

Eine ähnliche Einschätzung, aber noch wesentlich deutlicher negativ ausgeprägt, gilt auch für die Anzeigen.

Positiv wird bei Aussendungen die Möglichkeit gesehen, sich gewissermaßen beiläufig zu informieren (38 %), d.h. es müssen keine großen Anstrengungen unternommen werden, um an die Informationen zu gelangen. Ein weiterer Nutzen der Aussendungen liegt darin, daß sie bei Bedarf verfügbar sind und eine Informationsauswahl erlauben (vgl. Tab. 4).

L i s t e	/ Basis:	Arzte- besucher (96)	Anzeigen (96)	Aussen- dungen (96)	Firmenzeit- schriften (96)	Fortbildungs- veranstalt. (96)	Fortbildungs- filme (96)
Unklarheiten können sofort be- seitigt werden		76%	3%	5%	2%	26%	5%
Praxisgerecht		60%	14%	11%	8%	24%	20%
Kurze Übersicht		48%	44%	30%	10%	9%	6%
Ausführliche Information		40%	10%	19%	26%	59%	27%
Zeitparend		38%	27%	18%	3%	5%	13%
Umfassende Information		36%	10%	23%	36%	49%	25%
Anschaulich		29%	20%	7%	9%	25%	36%
Man kann sich beiläufig informieren		21%	39%	38%	33%	11%	8%
Wissenschaftlich		17%	10%	18%	33%	55%	26%
Bei Bedarf verfügbar		17%	21%	31%	36%	5%	16%
Erlaubt Informationsauswahl		16%	22%	30%	29%	18%	16%
Nur als Anregung interessant		8%	49%	34%	10%	3%	10%
Zeitraubend		35%	10%	18%	25%	36%	23%
Zu viel Werbung		18%	66%	49%	30%	4%	8%
Entbehrlich		14%	53%	43%	27%	7%	17%
Wird schneller wieder vergessen		11%	61%	40%	8%	3%	2%
Verwirrend durch zu große Häu- fung von Informationen		3%	31%	44%	25%	4%	2%
Keine Angabe		2%	-	1%	2%	5%	21%

- Mehrfachnennungen -

Tabelle 4: Welche dieser Eigenschaften treffen auf welche dieser Medien zu?

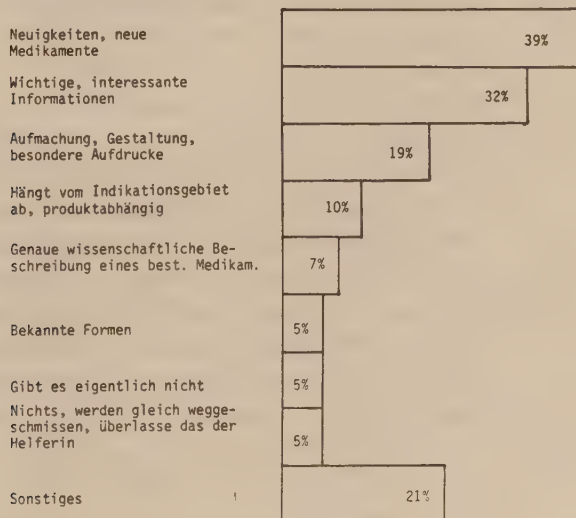
Auf die Frage, was sie im allgemeinen veranlaßt, eine Aussendung länger zu beachten, geben mit 39 % die meisten Ärzte Neuigkeiten bzw. neue Medikamente an. Dies deutet darauf hin, daß Aussendungen offenbar in der Einführungsphase eines Präparates eine relativ bedeutende Rolle spielen. Gestützt wird diese Vermutung auch durch eine ältere amerikanische Studie (vgl. COLEMAN, KATZ und MENZEL, 1966).

Jeder dritte Arzt nennt unspezifisch "wichtige, interessante Informationen". Bemerkenswert ist, daß immerhin jeder Fünfte Aufmachung und Gestaltung einer Aussendung als Kriterium angibt, das ihn veranlaßt, sich länger mit einer Aussendung zu beschäftigen. Es läßt sich allerdings vermuten, daß dieser Wert in Wahrheit noch höher liegt.

Abbildung 5: VERANLASSUNG, EINE AUSSENDUNG LÄNGER ZU BEACHTEN

Basis: 96 Ärzte

Hauptnennungen/offene Frage



Von verschiedenen möglichen Hinweisen auf dem Umschlag einer Aussendung ist, wie das vorher Gesagte erwarten läßt, der Hinweis auf eine Neueinführung für die Beachtung einer Aussendung am bedeutsamsten. 52 % der befragten Ärzte vergeben hier einen Skalenwert von 4 und 5 (auf einer von 0 = spielt keine Rolle bis 5 = spielt große Rolle reichenden Skala). Weniger wichtig sind für den Arzt der Hinweis auf einen Kongreß und der Hinweis auf eine Musteranforderungskarte. Nur jeweils jeder Dritte vergibt dabei die Skalenwerte 4 und 5. (Auf den Stellenwert der Musteranforderungskarte wird später noch eingegangen.) Die vergleichsweise geringste Rolle spielt die absendende Firma (28 % Skalenwert 4 und 5).

Dieses letzte Ergebnis bestätigt sich auch durch den Befund, daß 57 % der befragten Ärzte angeben, daß es keine Firmen gibt, deren Aussendungen sie von vornherein besonders interessieren. Werden bei dieser Frage Firmen genannt, sind es ausschließlich die großen forschenden Unternehmen wie z.B. Bayer, Boehringer Mannheim, Boehringer Ingelheim und Hoechst (vgl. Abb. 6).

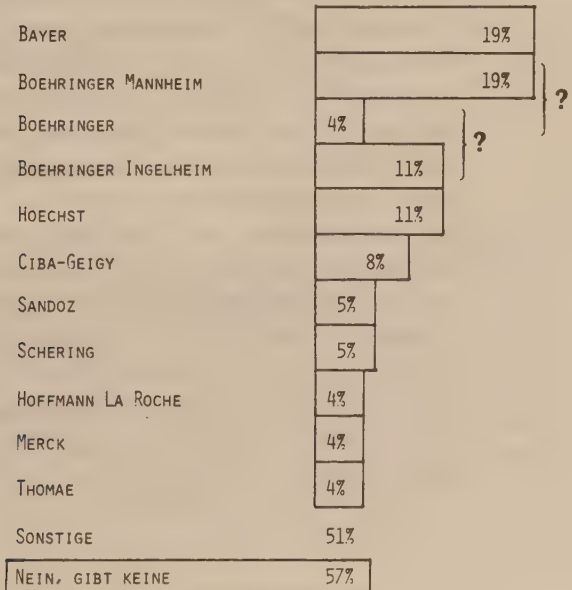
Die Tatsache, daß 57 % der Ärzte keine Firmen nennen, spiegelt möglicherweise wider, daß kommerzielle Kommunikationsmittel mit Vorurteilen und Vorbehalten bedacht werden, weil hinter ihnen die wirtschaftlichen Interessen der Industrie gesehen werden und sie daher nicht als so vertrauenswürdig gelten wie unabhängige Medien (STRÜNGMANN, 1977). Vielleicht hat auch die bewußt empfundene Erfolgsabhängigkeit von den Arzneimitteln beim Arzt eine ambivalente Haltung gegenüber der Pharmaindustrie erzeugt, deren Produkte seine erfolgreiche Therapie wesentlich mitbegründen (STRÜNGMANN, 1977).

Werden von den Ärzten Firmen genannt, deren Aussendungen besonders interessieren, sind es ausschließlich große, forschende Unternehmen. Eine Untersuchung von FRIESEWINKEL (o.J.) zeigt, daß die Größe eines Unternehmens mit der positiven Einstellung (Vertrauen) des Arztes zu den Herstellern weitgehend korrespondiert. Die "großen" Firmen haben im allgemeinen einen soliden seriösen Ruf, für den intensive Forschungsarbeit und qualifizierte wissenschaftliche Publikationen weitgehend mitbestimmend sind. Eine hohe den Unternehmen zugeschriebene Sachkenntnis (expertness) führt zu einer höheren Glaubwürdigkeit.

Abbildung 6: FIRMEN, DEREN AUSSENDUNGEN BESONDERS INTERESSIEREN

Basis: 96 Ärzte (offene Frage)

Mehrfachnennungen



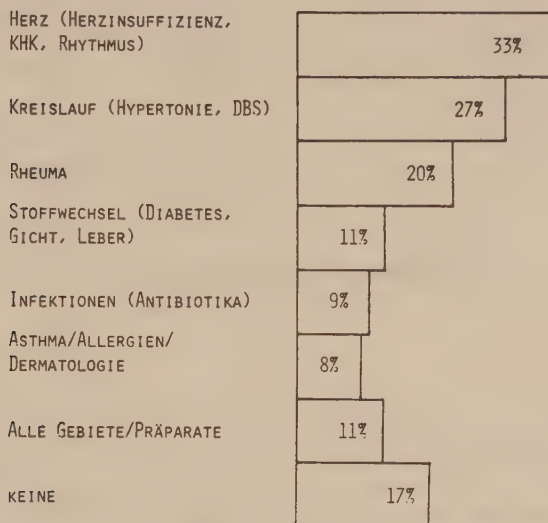
Ein weiteres Kriterium, ob der Arzt sich mit einer Aussendung auseinandersetzt, ist das Indikationsgebiet. Drei Krankheitsbilder werden häufiger genannt (vgl. Abb. 7): Herzerkrankungen (33 %), Kreislauferkrankungen (27 %) und Rheuma (20 %). Ebenfalls drei Gründe werden hierfür als maßgebend angesehen:

- 1. Die Häufigkeit, mit der der Arzt mit diesen Krankheitsbildern konfrontiert wird. Der Arzt, ohnehin in dem Dilemma, sich in der relativ kurzen ihm dafür zur Verfügung stehenden Zeit mit einer enormen Menge an Informationen über neue Therapiemöglichkeiten und Präparate auseinandersetzen zu müssen, konzentriert sich auf die ihm am häufigsten begegnenden Indikationsgebiete. Herz-/Kreislauferkrankungen, Rheuma und auch die Stoffwechselerkrankungen zählen zu den "Volkskrankheiten" unserer Zeit.
- 2. Das Risiko einer Medikamentenverordnung. Je schwerwiegender und risikoreicher eine Verschreibung vom Arzt eingestuft wird (z.B. Coronartherapeutika), desto intensiver und ausgiebiger ist die Informationssuche und desto mehr bedient sich der Arzt auch des Mediums der Aussendung mit ihren ausführlichen Informationen (vgl. auch STRÜNGMANN, 1977).
- 3. Die Zufriedenheit mit dem Präparateangebot in diesem Indikationsgebiet. So wird das Interesse an Aussendungen über Rheumapräparate z.T. auf das vom Arzt wahrgenommene Risiko (Nebenwirkungen) zurückzuführen sein, teilweise aber auch darauf, daß bisher eine kausale Therapie der rheumatischen Erkrankungen noch nicht möglich ist und der Arzt deshalb mit dem vorhandenen Präparateangebot noch nicht zufrieden ist.

Abbildung 7: Indikationsgebiete, bei denen Aussendungen
zumindest kurz beachtet werden

Basis: 96 Ärzte

Hauptnennungen

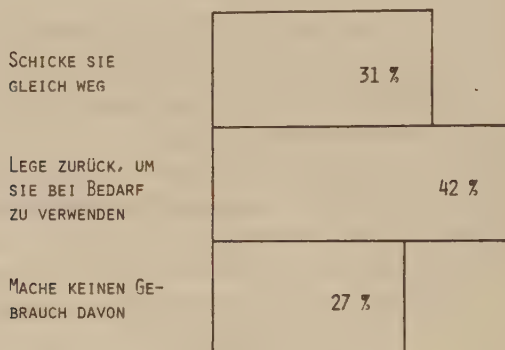


Aussendungen sind für den Arzt nicht nur als Informationsmedium wichtig, sondern möglicherweise auch als Versorgungsmöglichkeit für Arzneimittelmuster. Die Bedeutung dieser Aussendungsfunktion sollte im Interview ebenfalls erfaßt werden. Es zeigte sich, daß jeder dritte Arzt Aussendungen in der Regel nutzt, um Arzneimittelmuster zu bestellen. Für etwa jeden vierten Arzt ist diese Funktion von Aussendungen ganz ohne Bedeutung (s. Abbildung 8).

Abbildung 8: MUSTERANFORDERUNGSKARTEN

Frage: Was machen Sie im allgemeinen mit Musteranforderungskarten, die in Aussendungen enthalten sind?

Basis: 96 Ärzte



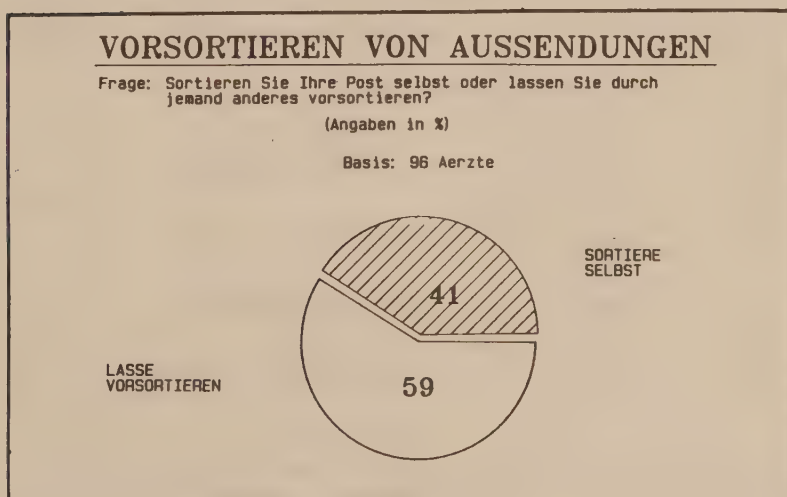
Diejenigen Ärzte, die Gebrauch von Musteranforderungskarten machen, schicken in Durchschnitt etwa 40 % der mit Aussendungen eingehenden Musteranforderungskarten ab. Bezogen auf alle befragten Ärzte werden etwa 29 % der eingehenden Musteranforderungskarten abgeschickt. Die Funktion der Aussendung als Bezugsquelle für Musteranforderungskarten ist also schon wichtig, aber offensichtlich nicht zentral.

Der niedergelassene, im Praxisalltag stark belastete Arzt, läßt seine Post mehrheitlich vorsortieren (vgl. Abb. 9). Dafür ist dann in der Regel die Sprechstundenhilfe zuständig, nur in seltenen Fällen Familienangehörige des Arztes. Damit kommt der Arzthelferin eine wichtige Selektionsfunk-

tion zu. Dies in umso höherem Maße, als nur knapp die Hälfte der Ärzte, die ihre Post vorsortieren lassen, Anweisungen für die Vorselektion geben. Die gegebenen Anweisungen (z.B. Werbung wegwerfen, wichtige Informationen weitergeben, bekannte Sachen nicht vorlegen) sind relativ unspezifisch. Es wird offensichtlich bei der Arzthelferin vorausgesetzt, daß sie weiß, was noch nicht bekannt ist, welche Informationen und Präparate neu sind.

Die Rolle der Arzthelferin wird im nächsten Abschnitt eingehender betrachtet.

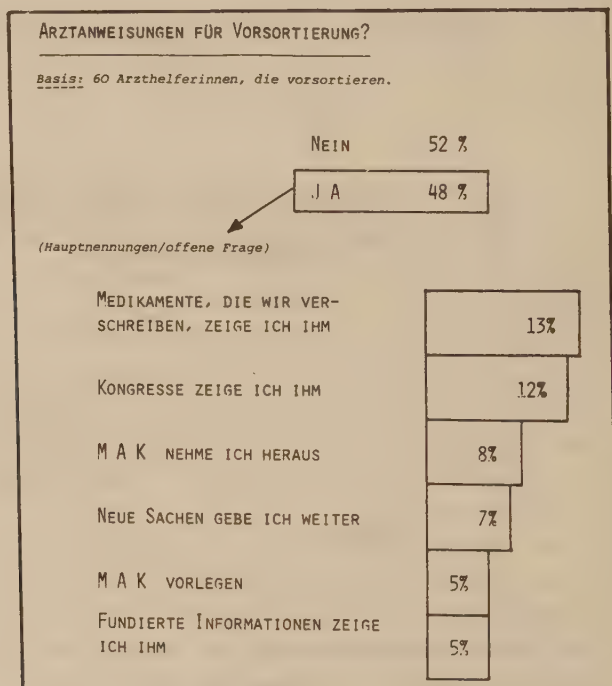
Abbildung 9: Vorsortieren von Aussendungen



5.1.2 Arzthelferin-Interview

Das Gespräch mit den Arzthelferinnen bestätigt die Angaben der Ärzte, daß in etwa jeder zweiten Praxis Anweisungen für das Vorsortieren der Aussendungen gegeben werden. Keine der Anweisungen kann eine größere Nennungshäufigkeit auf sich vereinen. Noch relativ am häufigsten genannt werden die Weitergabe von Aussendungen über Medikamente, die in der Praxis verschrieben werden (13 %) und die Weitergabe von Aussendungen über Kongreßankündigungen und -berichte (12 %) (vgl. Abb. 10).

Abbildung 10:



Unabhängig von Anweisungen ist der wichtigste Gesichtspunkt für die Weitergabe der Neuigkeitscharakter einer Aussendung. Jede dritte Helferin gibt Aussendungen über neue, bisher unbekannte Medikamente weiter, 17 % nennen neue Erkenntnisse über Medikamente (vgl. Abb. 11). Auffallend ist, daß dieser Gesichtspunkt der Neuigkeit, der hier so betont wird und der auch für die Ärzte ein wichtiges Kriterium für die Auseinandersetzung mit einer Aussendung ist, sich in den Anweisungen des Arztes an die Helferin so wenig wiederfindet.

Abbildung 11:

GESICHTSPUNKTE FÜR DIE WEITERGABE VON AUSSENDUNGEN

Basis: 60 Arzthelferinnen, die vorsortieren

(Hauptnennungen/offene Frage)

NEUE, UNBEKANNTE MEDIKAMENTE

32%

NEUE ERKENNTNISSE ÜBER
MEDIKAMENTE

17%

GEBE ALLE WEITER

13%

KEINE

13%

WENN ICH ES RICHTIG FINDE

13%

JE NACH BEDARF IN DER PRAXIS

13%

MUSTERANFORDERUNGSKARTEN

12%

BEKANNTE PRÄPARATE

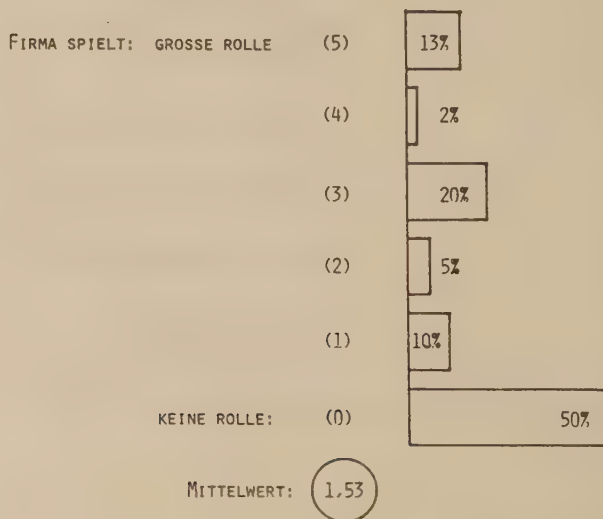
7%

Die absendende Firma spielt für die Weitergabe von Aussendungen eine eher geringe Rolle (Mittelwert von 1,5 auf einer sechsstufigen Skala von 0 = keine Rolle bis 5 = große Rolle). Die Hälfte der Befragten gibt sogar an, daß die Firma überhaupt keine Rolle spielt (s. Abb. 12). Hier spiegelt sich auch der relativ geringe Stellenwert der absendenden Firma beim Arzt wider.

Insgesamt zeigt sich, daß die Arzthelferin mehrheitlich eine Selektionsfunktion ausübt. Dabei erhält sie in der Regel nicht unbedingt konkrete Anweisungen für das Vorsortieren, vielmehr wird erwartet, daß sie weiß, was an den Arzt weiterzugeben ist. Das zeigt einen hohen Integrationsgrad der Sprechstundenhilfe in die Praxisarbeit.

Abbildung 12: ROLLE DER FIRMA FÜR DIE WEITERGABE DER AUSSENDUNG AN DEN ARZT

Basis: 60 Arzthelferinnen, die aussortieren.



5.2 Beschreibung des Aussendungsmaterials

5.2.1 Umfang des auszuwertenden Materials

Insgesamt wurden in 92 Praxen in einem Zeitraum von sechs Tagen 3 551 Aussendungsexemplare gefunden. Auf jede einzelne Praxis entfielen damit etwa 39 Exemplare. Pro Tag gingen in jeder Praxis im Durchschnitt rund 5,5 Aussendungsexemplare ein.

Die gefundenen 3 551 Aussendungsexemplare verteilten sich auf 186 verschiedene Aussendungen. Damit kamen auf jede Aussendung im Schnitt 19 Exemplare.

Die Anzahl der Exemplare, die auf eine Aussendung entfielen, war sehr unterschiedlich. Die meisten Einzelexemplare wurden von den Aussendungen "Arelis" (Nr. 040), "Medivitan" (Nr. 095), "Lanitop" (Nr. 030), "Corto-Tavegil" (Nr. 148) und "Cedur" (Nr. 028) gefunden. Diese Aussendungen fielen in jeweils mehr als 70 Exemplaren an. Viele Aussendungen hatten aber eine sehr viel geringere "Auflagenhöhe" (vgl. Tabelle 5).

Die Gründe für diese unterschiedliche "Auflagenhöhe" der Aussendungen sind folgende:

1. Die Aussendungen wurden von den Firmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten vor und während der Beobachtungswoche versandt. Bei Postlaufzeiten von mehreren Tagen ging jeweils nur ein Teil

der Aussendungen im Beobachtungszeitraum in den Praxen ein, die anderen trafen dann entweder vorher oder nachher beim Arzt ein.

2. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wurden nicht alle Aussendungen an die Grundgesamtheit der Praktiker und niedergelassenen Internisten versandt. Aussendungen, die an Zielgruppen gingen, die nur eine Teilmenge der Grundgesamtheit bilden, werden auch in der Stichprobe in relativ wenigen Exemplaren gefunden.

A U F L A G E N H Ö H E

Basis: 92 Praxen

77	ARELIX (040)
75	MEDIVITAN (095)
73	LANITOP (030)
72	CORTO-TAVEGIL (148)
71	CEDUR (028)
69	ENCEPHABOL FORTE (102)
67	MMW EXTRABLATT (027)
67	KLINIK + PRAXISBLAU (100)
67	EUTHYROX (104)
66	LEFAX (011)
66	PERTENSO (096)
65	KALINOR (120)
63	ALLERGOSPASMIN (076)
61	ERGOMIMET PLUS (080)
60	ENZYME + VERDAUUNG (007)
58	ARZTINFORMATION (098)
57	NEBACETIN (035)
56	ALDACTONE (029)
56	TRI-NORMIN 25 (077)
55	DIUCOMB (101)
54	BAYCUTEN (017)
.	...
.	...
.	...
.	...
.	...
1	...

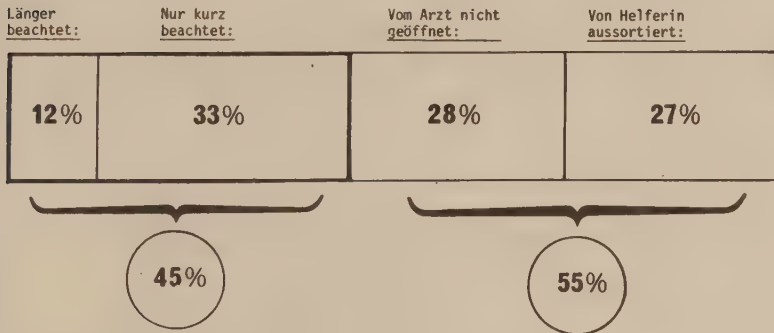
Tabelle 5: Auflagenhöhe

5.2.2 Markierung

Ein wichtiges Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist der Anteil der Aussendungen, mit denen der Arzt sich überhaupt beschäftigte: Es waren weniger als die Hälfte. Davon wurde ein Drittel nur zur kurzen Orientierung geöffnet und nur mit 12 % der Aussendungen setzte der Arzt sich länger auseinander. Die übrigen Aussendungen wurden ungeöffnet beiseite gelegt (28 %) bzw. schon von der Helferin aussortiert (27 %) (vgl. Abb. 13).

Abbildung 13: **Beachtung der Aussendungen**

Basis: 3.551 Aussendungen in 92 Praxen



Der wesentliche Grund für das Aussortieren von Aussendungen durch die Arzthelferin lag, soweit er angegeben wurde, in der Bekanntheit der Information. Dieser Befund korreliert voll mit dem Befragungsergebnis, daß der Neuigkeitscharakter

der Information wichtigster Gesichtspunkt für eine Weitergabe der Aussendung an den Arzt ist.

Der auf den Aufklebern der vom Arzt nicht geöffneten Aussendungen dafür am häufigsten genannte Grund ist ein Mangel an Interesse, ein fehlender Bedarf für die angekündigten Informationen. Es scheint sich dabei eher um Aussendungen zu Präparaten zu handeln, die der Arzt aus irgendwelchen Gründen nicht "in der Feder hat", die er also im Praxisalltag gar nicht einsetzt und nicht um Präparate, die er ausreichend gut zu kennen meint, sodaß keine weiteren Informationen benötigt werden.

Aussendungen, die in 20 oder mehr Exemplaren gefunden wurden, sind in Tabelle 6 einzeln aufgeführt. Rangfolgekrite-

Tabelle 6: Beachtung der Aussendungsinhalte

			Anteil Aussendung	Anteil Bücherei	Anteil Praxis	Anteil Bücherei
DURCHSCHNITT (3,551 Aussend.)			12	33	28	27
Aspirin (Bayer)	150	20	45	35	5	15
Klinik + Praxis grün (Hertens/Melusin)	099	45	10	58	15	17
Ständig (Fisopharma)	051	25	16	52	16	16
Tenso-Tenalets (Tenaler)	185	39	21	46	5	28
Persumbran (Thomae)	172	38	21	42	8	29
Mydergin Special (Sandoz)	149	23	17	44	17	22
Enelbin Salbe (Merkle)	075	30	7	53	20	20
Klinik + Praxis gelb (Adrianus Arne)	081	27	15	44	22	19
Aldactone (BM)	029	56	27	32	25	16
Kaliner (Nordmark)	120	65	22	37	21	20
Dele Molital Gel (Luitpold)	055	25	22	36	17	25
MMA-Extrablatt (BM)	027	67	30	27	22	21
Tebonin Forte (Schwabe)	159	23	57	26	17	

Fortsetzung Blatt 2

DURCHSCHNITT
(3.551 Aussendungen)

länger beachtet	nur kurz beachtet	nicht geöffnet	von Helfern auswertet
12	33	28	27

Ausendung	Nr.	Auflage	%			
Pfizer Monitor (Pfizer)	126	27	15	41	15	30
Gevlon (Parke Davis)	124	42	19	36	19	26
Allergospasin (Hoechst)	076	63	22	32	18	29
Kompensan (Pfizer)	127	44	7	46	23	25
Medivlan (Medice)	095	75	9	43	21	27
Gastro-Timelets (Tiemler)	164	37	14	38	30	19
Isoplin (Knoll)	083	39	10	41	33	15
Urbason (Hoechst)	071	43	16	35	19	30
Praxis-Service (Pertenso/Melusin)	097	41	7	44	24	24
Klinik u. Praxis blau (Pertenso/ Melusin)	100	67	9	42	24	25
Arztinformation (Pertenso/Melusin)	098	58	12	36	29	22
Lanitol (BM)	030	73	14	34	30	22
Cedur (BM)	028	71	11	35	28	25
Digacin (Beiersdorf)	020	26	46	27	27	

Fortsetzung Blatt 4

Durchschnitt
(3.551 Aussendungen)

länger beachtet	nur kurz beachtet	nicht geöffnet	von Helfern auswertet
12	33	28	27

Ausendung	Nr.	Auflage	%			
Ingelan (BI)	025	38	8	31	19	42
TRI-TORRAT (BA/GH)	054	26	39	19	42	
Euthyrox (Merck)	104	87	12	25	33	30
Baralgin (Roussel)	003	30	13	23	20	43
Beriglobin (Behring)	018	39	21	15	41	23
DCKC (Rentschler)	141	34	3	32	38	27
Doloneuro-Gel (Cascan)	037	20	10	25	15	50
Ergomimet (Klinge)	080	61	8	26	34	31
Enzyme + Verdau- ung (Asche)	007	60	22	12	41	25
Baycuten (Bayopharm)	017	54	3	32	33	33
Segotin (Roussel)	004	28	4	29	32	36
Pertenso (Melusin)	096	66	6	26	39	29
Lefax (Asche)	011	66	3	29	33	35
Sommer... (Sanol)	152	39	10	21	39	31

Fortsetzung Blatt 3

DURCHSCHNITT
(3.551 Aussendungen)

länger beachtet	nur kurz beachtet	nicht geöffnet	von Helfern auswertet
12	33	28	27

Ausendung	Nr.	Auflage	%			
Corto-Tavegil (Sandoz)	148	72	10	36	29	25
Talvosilen (Bene-Chemie)	021	27	11	33	37	19
Chalagom (Mattermann)	117	25	12	32	24	32
Mebacetin (Byk Gulden)	035	57	14	30	26	30
Glucenorm (Thomae)	173	39	3	41	31	26
Tri-Mormin (ICI)	077	56	11	32	29	29
Alfason (Thomae)	168	36	17	25	25	33
Fenistil (Zyma)	181	24	13	29	33	25
Surgam (Roussel)	006	41	7	34	32	27
Zyloric (Wellcome)	179	49	12	29	31	29
Ferro Sanol (Sanol)	153	30	10	30	23	37
Iso-Puren (Klinge/Matterm.)	136	28	4	36	29	32
Spasno-Gallo Sanol (Sanol)	155	28	4	36	32	29
Lindipos (Brenner)	031	51	6	13	35	26

Fortsetzung Blatt 5

Durchschnitt
(3.551 Aussendungen)

länger beachtet	nur kurz beachtet	nicht geöffnet	von Helfern auswertet
12	33	28	27

Ausendung	Nr.	Auflage	%			
Yenopyronum (Hindlen)	042	23	30	30	40	
Glycolande (Delelände)	043	23	4	22	52	22
Diucob (Melusin)	101	55	7	18	46	29
Eryfer (Hoechst/Cassella)	074	33	3	21	42	33
Encephabol (Merck)	102	69	3	20	38	39
Arelis (Cassella)	040	77	3	20	44	34
Mastodynion (Bionorica)	024	29	17	48		35
Triam (Mattermann)	118	42	5	12	52	31
Spilo-Tablinen (Sanorania)	157	36	3	11	42	44

Fortsetzung Tabelle 6:

Beachtung der Aussendungsinhalte

rium ist der prozentuale Anteil der Ärzte, die sich mit dem Inhalt der Aussendung beschäftigt haben (kurze und . längere Beachtung zusammengefaßt). Photos der Aussendungen in der in Tabelle 6 angegebenen Reihenfolge finden sich im Anhang.

Aussendungen, mit deren Inhalt sich der Arzt länger beschäftigt hat, wurden auf den roten Aufklebern nach Inhalt, Gestaltung und dem Kriterium "Beachtung hat sich gelohnt" beurteilt. Der Mittelwert der Beurteilung des Inhaltes liegt auf einer fünfstufigen Skala (von 1 = sehr gut bis 5 = schlecht) bei 2,06. Die Bewertungen der einzelnen Aussendungen differenzieren kaum. Der Inhalt der Aussendungen wird durchgängig als gut bewertet.

Der Mittelwert der Urteile über die Gestaltung liegt auf einer fünfstufigen Skala (von 1 = sehr gut bis 5 = schlecht) bei 2,14. Auch hier sind die Differenzen in der Beurteilung der einzelnen Aussendungen gering.

Der Mittelwert der Urteile bei dem Kriterium "Beachtung hat sich gelohnt" liegt auf einer fünfstufigen Skala (von 1 = ja, sehr bis 5 = nein, gar nicht) bei 2,21. Bei diesem Kriterium unterschieden sich die Beurteilungen der einzelnen Aussendungen etwas stärker.

Insgesamt sind die Urteile aber überraschend durchgehend positiv. Entweder hat der Arzt eine so gute Vorselektionsstrategie, daß er sich tatsächlich nur mit den "guten" Aussendungen länger auseinandersetzt oder aber das Faktum einer längeren Beschäftigung mit der Aussendung an sich führt zu einer Beeinflussung der Urteile in positive Richtung.

5.2.3 Häufigkeitsverteilung der Aussendungsmerkmale

Die nachstehenden Abbildungen 14 und 15 zeigen die Häufigkeitsverteilungen der Außenkriterien, d. h. der Merkmale, die sich auf den Umschlag einer Aussendung beziehen, und der Innenkriterien, also der Merkmale, die den Inhalt des Briefes beschreiben.

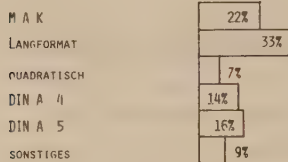
Die häufigsten Formate waren das Langformat und die perforierten Musteranforderungs-Klappkarten. Das Material der Umschläge war überwiegend Papier (70 %), bei jeder vierten Aussendung war es Pappe. Dieser Anteil deckt sich weitgehend mit dem der Musteranforderungs-Klappkarten, die durchgängig aus Pappe sind. Die häufigsten Hinweise auf dem Umschlag waren diejenigen auf die Firma (91 %), auf das Präparat (53 %) und auf die Indikation (47 %). Abbildungen waren auf 43 % der Aussendungsumschläge vorhanden. Knapp 30 % der Aussendungen waren mit einer Briefmarke frankiert. Der größere Teil der Aussendungen war außen stark (31 %) bzw. sehr stark (31 %) auffällig (vgl. zur Definition von Auffälligkeit Kapitel 4.4).

22 % der Aussendungen waren perforierte Musteranforderungs-Klappkarten, die übrigen Briefe im eigentlichen Sinne. In der Regel enthielt ein Brief bis zu drei Teile. Mehr als drei Stücke im Brief waren äußerst selten. Die meisten Aussendungen enthielten Musteranforderungskarten. Bei den Textinformationen dominierten Info-Kärtchen (35 %), Folder (26 %) und wissenschaftliche Broschüren (11 %). Der Inhalt der Aussendungen bezog sich fast immer (86 %) auf das Produkt. 17 % der Aussendungen waren (auch) indikationsbezogen.

AUSSENKRITERIEN

Basis: 186 Aussendungen

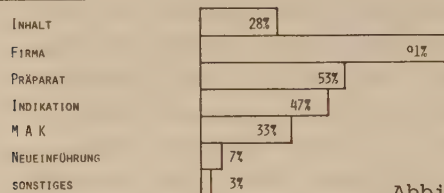
FORMAT:



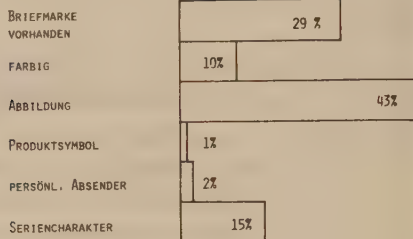
ART DES MATERIALS:



HINWEIS AUF ...



WEITERE AUSSENKRITERIEN



AUFFÄLLIGKEITSSTUFE:

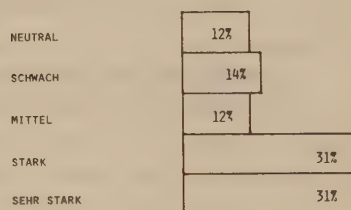
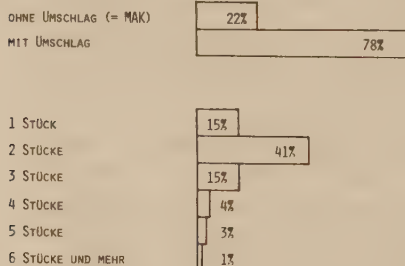


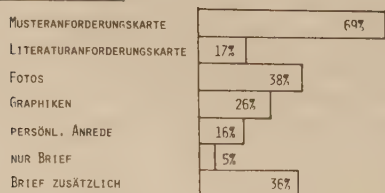
Abbildung 14: Außenkriterien

INNENKRITERIEN

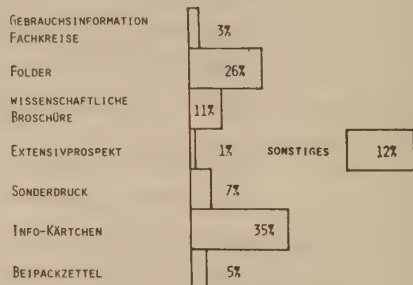
ZAHL DER STÜCKE INNEN:



ES WAREN VORHANDEN:



TEXTINFORMATION



INHALTSASPEKTE

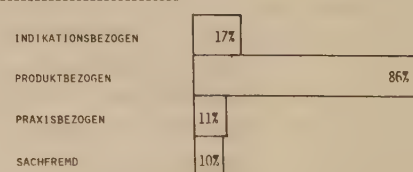


Abbildung 15: Innenkriterien

Jeweils jede zehnte Aussendung enthielt Informationen, die sich auf die Praxis bezogen bzw. sachfremde (Kunst, Kultur etc.) Inhalte.

5.3 Deskription der Zusammenhänge

5.3.1 Korrelationsanalyse

Einbezogen in die Analyse wurden alle Aussendungen mit 20 oder mehr eingesandten Exemplaren ohne die Musteranforderungskarten. Diese unterschieden sich in ihren Merkmalen sehr stark von den anderen Aussendungen (s. Kap. 3.1). Würde man die Musteranforderungskarten in die Analyse mit aufnehmen, könnten sie aufgrund ihrer spezifischen Merkmale den Gesamtzusammenhang verzerren (vgl. auch Kap. 5.4, in dem die Sonderstellung der Musteranforderungskarten bestätigt wird).

Durchgeführt wurde die Korrelationsanalyse mit 50 Aussendungen. Für diese 50 Aussendungen hat man einmal die Verhaltensdaten (weitergeleitet, geöffnet, länger beachtet), zum anderen die Zuordnung der vermuteten Einflußgrößen. Diese Daten wurden miteinander korreliert. Die Korrelationen liegen insgesamt nicht allzu hoch. Da es in der vorliegenden Untersuchung primär um das Verhalten des Arztes gegenüber Aussendungen geht, konzentrieren wir uns im folgenden auf die Korrelationen mit den Merkmalen "Aussendung geöffnet" und "Aussendungsinhalte länger beachtet".

Die höchste (negative) Korrelation mit dem "Öffnen der Aussendung" hat der Hinweis auf das Präparat (-.50). Dies ist

möglicherweise so zu verstehen, daß der Arzt bereits anhand des Präparatenamens auf dem Umschlag eine Vorselektion in dem Sinne vornimmt, daß er Aussendungen über Präparate, die er in seiner Praxis ohnehin nicht verordnet, gar nicht erst öffnet. Eine negative Korrelation findet sich auch für "Hinweis auf Musteranforderungskarte" (-.38). Für diesen Befund kann keine Erklärung angeboten werden. Ebenfalls negativ korreliert "Auffälligkeit" mit "Öffnen der Aussendung" (-.34), ein erwartungswidriges Ergebnis. Eine Erklärung für diesen Befund könnte möglicherweise das Auftreten von REAKTANZ-Phänomenen sein. Nach KROEBER-RIEL und MEYER-HENTSCHEL (1982) entsteht Reaktanz, wenn die Empfänger besonders sachkompetent sind - was auf Ärzte ja zutrifft - und die Werbung als unglaublich empfunden wird. Wenn jemand eine besonders negative Einstellung zur Werbung hat - was für die meisten Ärzte gelten dürfte, wie aus Befragungen bekannt ist - und eine bestimmte Werbung als unglaublich oder übertrieben empfindet, so neigt er schnell dazu, Beeinflussungsabsichten und Beeinflussungsdruck wahrzunehmen. Er fühlt sich durch eine solche Werbung in seiner Entscheidungsfreiheit und Entscheidungskompetenz beeinträchtigt und entwickelt Reaktanz.

Auch STEFFENHAGEN (1983) weist darauf hin, daß Techniken, die stark aktivieren, die Akzeptanz wie auch die kognitive Auseinandersetzung in Frage stellen können. Es sind aber auch andere Erklärungsmöglichkeiten denkbar, die im nächsten Kapitel aufgegriffen werden sollen.

Positiv (.39) korreliert das Vorhandensein einer wissenschaftlichen Broschüre mit dem "Öffnen der Aussendung", nicht aber mit "Aussendungsinhalte länger beachtet". Hier kann man nur vermuten, daß der Umfang der Broschüre (per definitionem mindestens 12 Seiten) den Arzt vom Lesen eher

abhält. Für die anderen Variablen, die mit dem "Öffnen der Aussendung" korrelieren, finden sich auch Zusammenhänge mit "Aussendungsinhalte länger beachtet". Hier ist vor allem mit der höchsten Korrelation überhaupt (.62) der Sonderdruck zu nennen. Die Vermutung, daß Aussendungen mit Sonderdrucken ein vergleichsweise höheres Interesse finden, bestätigt sich also, wenn auch das Zutreffen der Begründung, Firmenunabhängigkeit der Information und damit verbunden größere Objektivität und Glaubwürdigkeit beim Arzt, nicht nachgewiesen werden kann.

"Aussendungsinhalt länger beachtet" hängt weiter mit einer hohen Zahl der Stücke im Brief positiv zusammen. Dieses Ergebnis kann nicht überraschen, da es naheliegend ist, daß mit Zunahme des angebotenen Informationsmaterials in gewissem Maße auch die Beschäftigung mit der Aussendung zunimmt.

Eine positive Korrelation (.46) besteht auch mit "Hinweis auf Inhalt". Wie bereits erwähnt, handelt es sich hier um besondere Inhalte (Kongreßankündigungen etc.), die dem Arzt im Vergleich zu "normalen" Aussendungen wohl einen höheren Nutzen bieten können.

Es zeigt sich auch ein positiver Zusammenhang zwischen "Aussendungsinhalte länger beachtet" und dem Format DIN A4 (.38). Da kein solcher Zusammenhang zwischen diesem Format und dem "Öffnen der Aussendung" besteht, was erwartbar wäre, wenn die Größe als formale Reizqualität einen Einfluß auf die Informationsaufnahme bzw. -verarbeitung hätte, wird angenommen, daß eine unbekannte Variable diese Kovariation verursacht.

Die drei für die Zuwendung zu den Aussendungsinhalten besonders relevanten Merkmale des Informationsmaterials sind also:

- Hinweis auf Inhalt,
- hohe Zahl der Stücke,
- Sonderdruck.

Daß diese drei Merkmale den relativ höchsten Zusammenhang mit der Beachtung des Aussendungsinhaltes haben, weist darauf hin, daß die Nutzenserwartungen der Ärzte eine entscheidende Rolle für die Selektion des Informationsmaterials spielen.

5.3.2 Regressionsanalyse

Nach der Betrachtung der Einzelkorrelationen lag es nahe zu prüfen, wieweit sich "längere Beachtung der Aussendungsinhalte" erklären bzw. prognostizieren läßt, wenn man nicht nur ein Merkmal, sondern mehrere zur Erklärung heranzieht. Die höchste Einzelkorrelation war die Korrelation (Aussendungsinhalt länger beachtet, Sonderdruck) = .62. Durch Hinzunehmen der Merkmale "hohe Zahl der Stücke" und "Hinweis auf den Inhalt" ergab sich eine multiple Korrelation von .71. Das bedeutet: $(0.71)^2 = 50\%$ der Varianz der Variablen "Aussendungsinhalte länger beachtet" sind durch diese drei Merkmale erklärbar. Das ist zwar ein deutlicher Zusammenhang, der aber für eine gute Prognose noch zu schwach ist.

Die Selektion des Informationsmaterials wird offensichtlich auch noch von anderen Faktoren beeinflusst. Um welche Einflußgrößen es sich dabei handeln kann, soll im nächsten Kapitel diskutiert werden (zur Regressionsanalyse vgl. Anhang unter Nr. 9).

5.4 Clusteranalyse

In die Clusteranalyse wurden alle 64 Aussendungen mit mehr als 20 Exemplaren einbezogen, um zu sehen, ob die Musteranforderungs-Klappkarten von diesem Verfahren auch als eigenständiger Typ angesehen werden. Diese Vermutung bestätigte sich. Die Musteranforderungskarten blieben durchgängig bis zur 2er-Lösung als eigenständiger Typ erhalten.

Als zur Beschreibung angemessen wurde eine 5er-Clusterlösung gewählt. Im Anhang sind die Namen, Nummern und Photos der Aussendungen zu finden, die zu den einzelnen Clustern gehören, wie auch eine inhaltliche Kurzbeschreibung der jeweiligen Cluster.

Von den Musteranforderungskarten in Cluster 5 fanden nur 4 % längere Beachtung, ein Ergebnis, das, wegen des geringen Informationsangebotes, trotz der farbenfrohen und "auffälligen" Gestaltung erwartet worden ist.

Cluster 4 ist geprägt durch Aussendungen, die zwar seriös, aber auch "langweilig" und "optisch arm" anmuten: Weiße, mittelgroße Umschläge ohne Abbildungen (mit einer Ausnahme), auf denen in kleiner bis mittelgroßer Schrift auf das Informationsangebot im Brief hingewiesen wird.

Cluster 3 ist in mancher Hinsicht das genaue Gegenteil von Cluster 4. Die Aussendungen haben meist ein ungewöhnliches Format. Die Umschläge sind überdurchschnittlich "auffällig" mit kräftigen Farben und vielen Abbildungen gestaltet.

Cluster 2 enthält bis auf eine Ausnahme nur Aussendungen im Lang-DIN-Format. Die Umschlagsgestaltung ist nicht son-

derlich reizstark, aber nicht ganz so "langweilig" wie in Cluster 4. Es wird überdurchschnittlich häufig auf "ungewöhnliche" Inhalte hingewiesen (Kongreßbericht, Praxis-Service, Quiz etc.).

Mit den Inhalten der Aussendungen des Clusters 1 beschäftigten sich die Ärzte überdurchschnittlich häufig (17 %). Kennzeichnend für diese Aussendungen sind u.a. Sonderdrucke und eine größere Zahl von Informationsmaterialien im Brief. Eine weitergehende Betrachtung dieser Ergebnisse findet sich in Kapitel 6.

5.5 Beurteilung von 10 Aussendungen anhand ausgewählter Kriterien

Zehn ausgewählte Aussendungen wurden sowohl von 40 Ärzten als auch von Mitarbeitern der Firma anhand einer Liste mit dreizehn Items beurteilt. Das Ziel dieser Beurteilung lag weniger darin, die einzelnen Aussendungen anhand ihrer Skalenwerte zu vergleichen, als vielmehr in einem Vergleich der Urteile der beiden verschiedenen Gruppen über dieselben Aussendungen. Es sollte durch diesen Vergleich festgestellt werden, inwieweit die Mitarbeiter, die für Gestaltung und Inhalt von Aussendungen maßgeblich sind, zu einer ähnlichen Einschätzung wie die Ärzte kommen, d.h. inwieweit es den betreffenden Marketingabteilungen gelingt "im Kopf des Kunden zu denken".

Die eigenen Aussendungen wurden von den Firmenmitarbeitern im Vergleich zur Beurteilung durch die Ärzte überdurchschnittlich gut beurteilt. Hier treten die größten Differenzen im Urteil der beiden Gruppen auf.

Berechnet man die absoluten Differenzen in den Beurteilungen der beiden Gruppen, finden sich die größten Abweichungen bei dem Item "wissenschaftlich". Hier scheint es sehr unterschiedliche Auffassungen über die Beurteilung zu geben.

Im großen und ganzen aber stimmt das Niveau der Beurteilungen der Aussendungen durch die Mitarbeiter in etwa mit dem Niveau der Beurteilung durch die Ärzte überein. Auch die Kurvenverläufe sind häufig sehr ähnlich, wobei sich die extremeren Ausprägungen in der Beurteilung der Mitarbeiter finden (s. Abbildungen 16a bis 16j).

Abbildungen 16a-16j: Beurteilung einzelner Aussendungen anhand qualitativer Kriterien

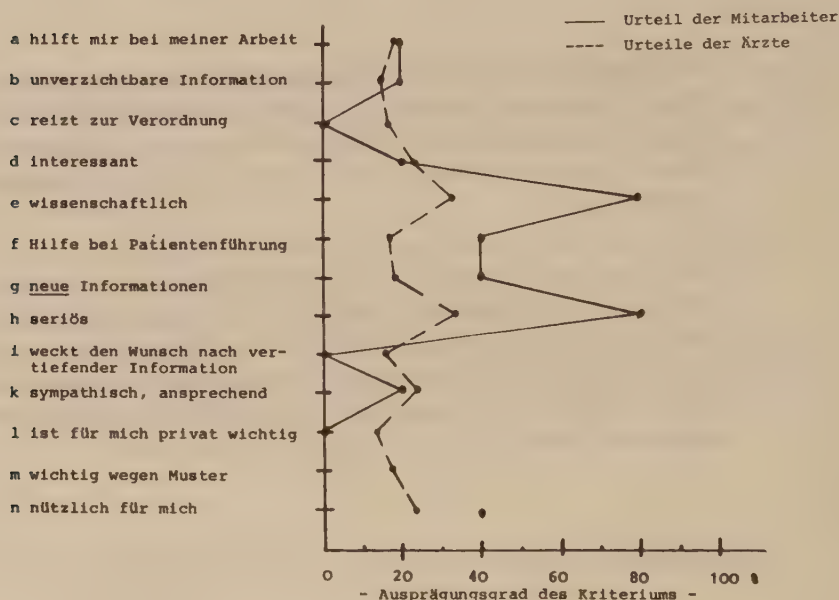


Abbildung 16a: 007 Enzyme und Verdauung

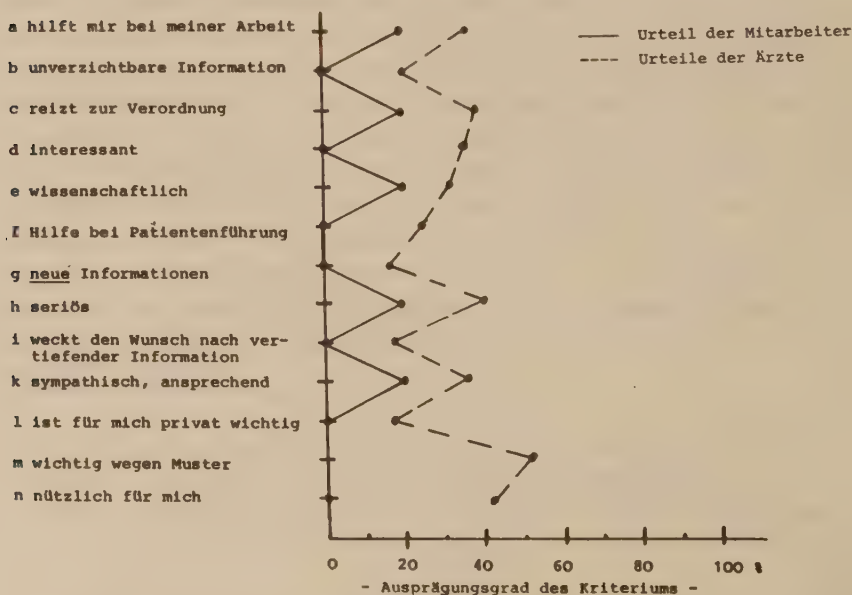


Abbildung 16b: 017 Baycuten

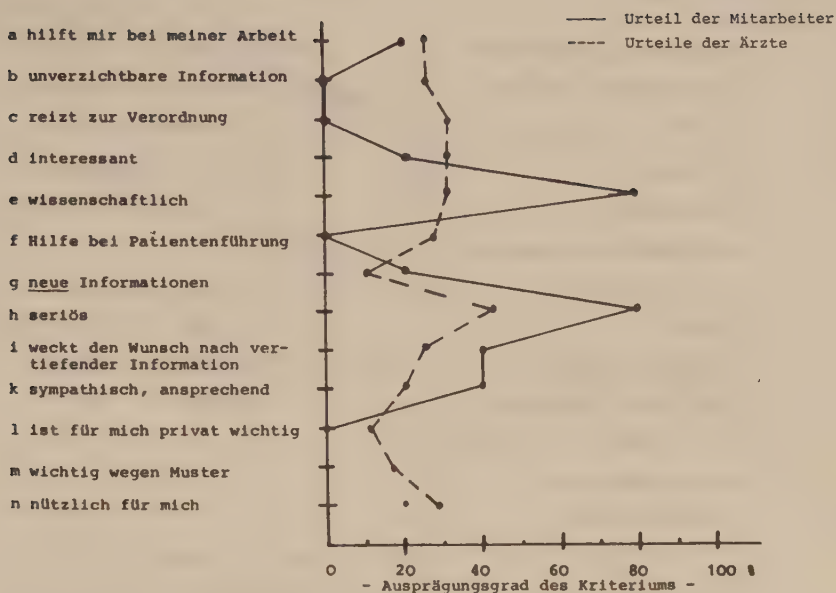


Abbildung 16c: O28 Cedur

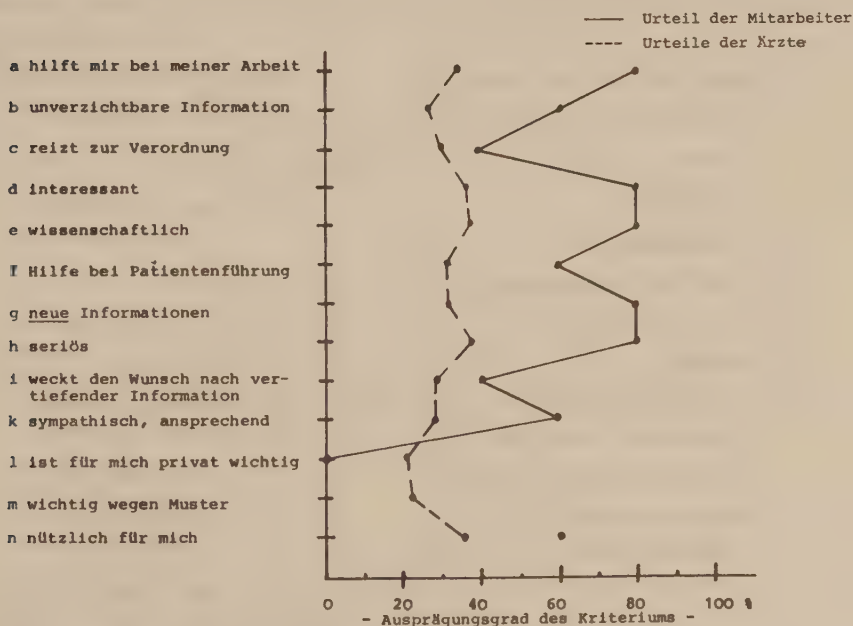


Abbildung 16d: O27 MMW

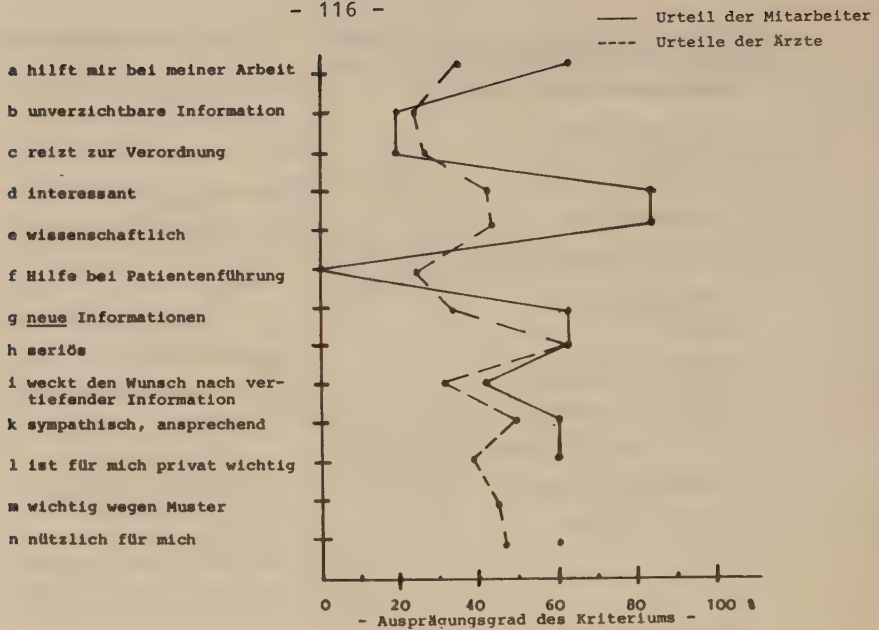


Abbildung 16e: 029 Aldactone

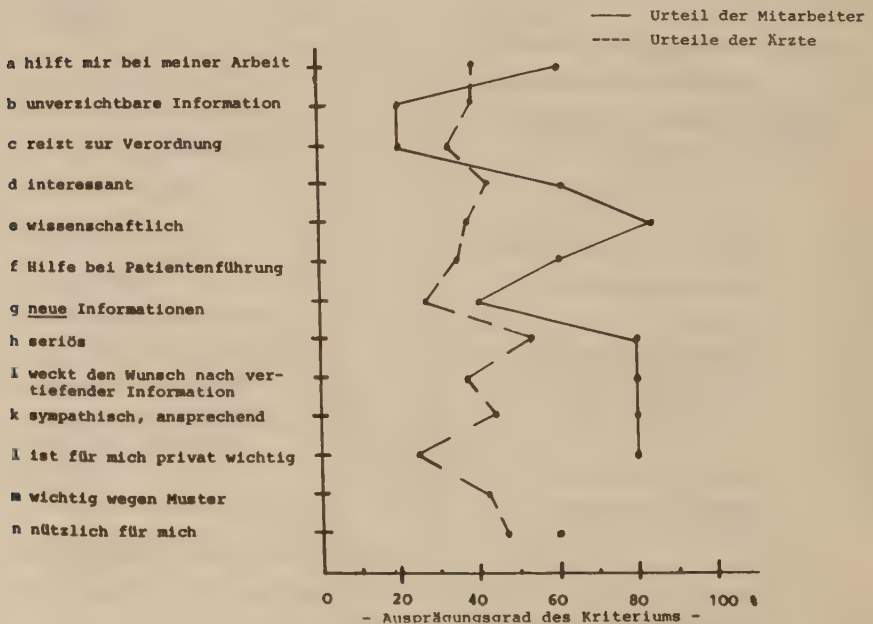


Abbildung 16f: 030 Lanitop

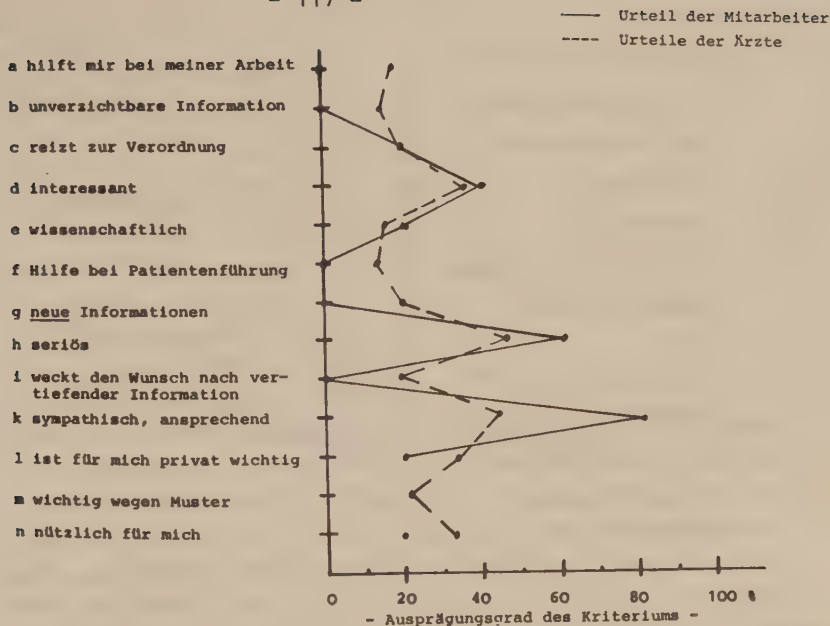


Abbildung 16g: O71 R. P. Urbason

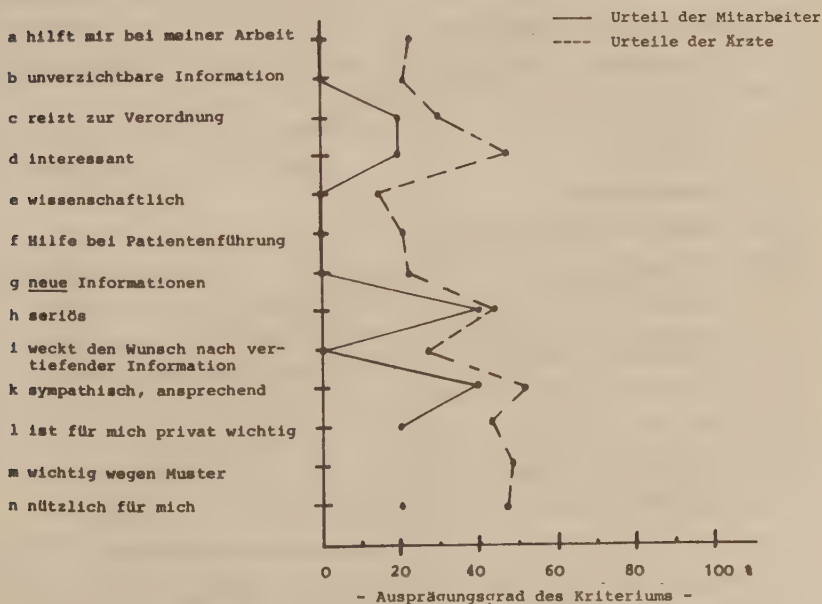


Abbildung 16h: O89 Dolo Mobilat / Wandertip Nr. 97

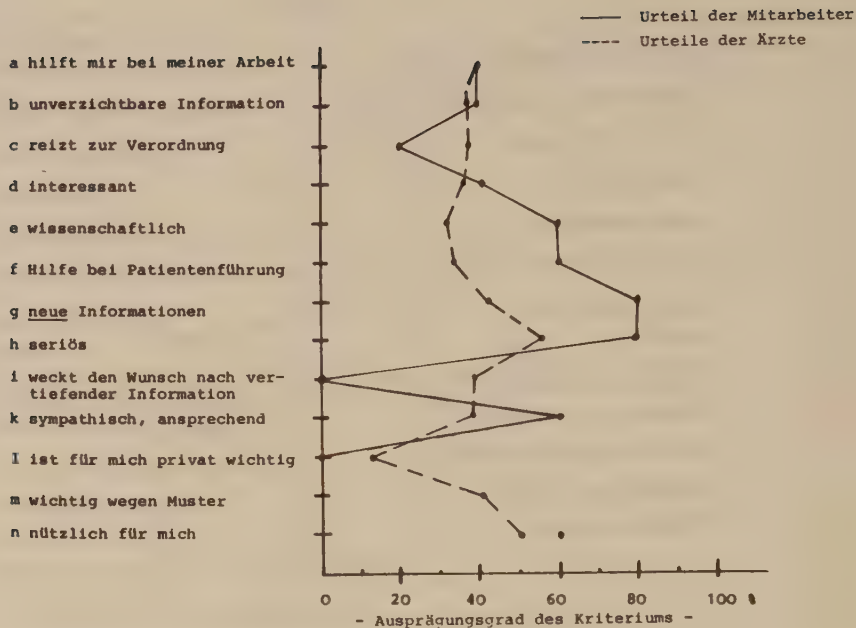


Abbildung 16i: 104 Euthyrox

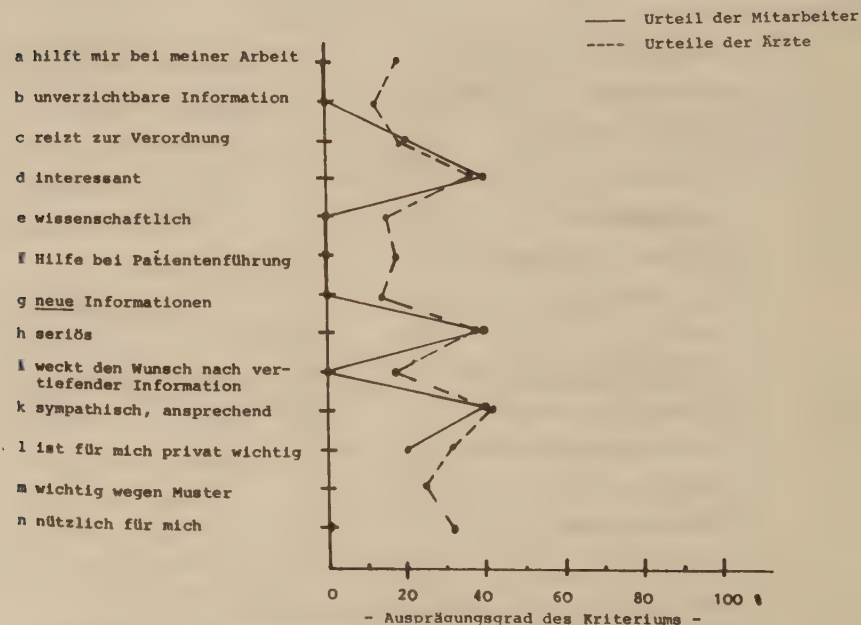


Abbildung 16j: 172 Persumbran

6. DISKUSSION

6.1 Korrelationsanalyse

Psychologisch-wissenschaftliche Ansätze wurden als Rahmenkonzeption für die Problemstrukturierung benutzt. Es erfolgte eine Ableitung potentieller Einflußgrößen. Es wurden bei der Korrelationsberechnung einige Zusammenhänge der abhängigen Variablen mit den aus den allgemeinen Ansätzen abgeleiteten potentiellen Einflußgrößen gefunden. Wenn diese Zusammenhänge auch nicht allzu hoch sind, lassen die Befunde der vorliegenden Untersuchung doch den Schluß zu, daß die Nutzenerwägungen des Arztes einen stärkeren Einfluß auf die Zuwendung zu den angebotenen Informationen haben als physische Reizqualitäten wie Größe, Farbe etc. oder andere Eigenschaften des Informationsmaterials, die in einigen anderen Untersuchungen aktivierende und damit die Informationsaufnahme und -verarbeitung verbessernde Wirkungen gezeigt haben.

Es lassen sich zumindest drei mögliche und einander nicht ausschließende Erklärungen für dieses Ergebnis, daß gerade Gestaltungsqualitäten, die aktivierend wirken sollten (Farbe, Größe, Abbildungen, "Auffälligkeit"), nicht bzw. negativ mit dem "Öffnen der Aussendung" bzw. "längerer Beachtung der Aussendungsinhalte" korrelieren.

- 1. Es können Reaktanz-Phänomene aufgetreten sein. Eine hohe Sachkompetenz und das Empfinden, daß das dargebotene Informationsmaterial unglaubwürdig oder übertrieben ist, kann dazu führen, daß der Arzt Beeinflussungsdruck wahrzunehmen meint. Er fühlt sich dann

in seiner Entscheidungsfreiheit und -kompetenz beeinträchtigt und entwickelt Reaktanz (vgl. auch KROEBER-RIEL und MEYER-HENTSCHEL, 1982). STEFFENHAGEN (1983) weist darauf hin, daß Techniken, die stark aktivieren, Akzeptanz und kognitive Auseinandersetzung in Frage stellen können.

- 2. Generell wird der Zusammenhang zwischen Aktivierung und Leistung häufig als umgekehrte U-Funktion vorgestellt: Mit zunehmender Aktivierung steigt die Leistung zunächst ebenfalls an, um dann nach Überschreiten eines Maximums, bei weiter zunehmender Aktivierung wieder abzunehmen. In der (Werbe-)Wirkungsforschung beschränkt man sich häufig auf den linken Ast (Hypothese zur Normalaktivierung), da kaum zu erwarten ist, daß das vorgegebene Reizmaterial Überaktivierung auslöst (KROEBER-RIEL, 1984). Es ist zu differenzieren zwischen tonischer und phasischer Aktivierung. Besonders starke Reize verändern das gesamte Aktivierungsniveau (tonische Aktivierung). In der vorliegenden Untersuchung geht es mit Sicherheit nur um die phasische Aktivierung. Durch diese wird zwar auch eine Leistungssteigerung (bei der Informationsverarbeitung etc.) bewirkt, dieser Effekt beschränkt sich aber meist auf diejenigen Reize, die die Aktivierung auslösen (z.B. Bilder). Es kommt nur unter bestimmten Bedingungen zu Ausstrahlungseffekten. Es ist also durchaus möglich, daß ein Aussendungsumschlag aktivierende Elemente enthält, die leistungssteigernde Wirkung aber auf den Umschlag beschränkt bleibt (z.B. in Form einer besseren Erinnerung an den Präparatenamen o.ä.).
- 3. Ein dritter möglicher Grund für den oben genannten Befund mag in der Erhebungsmethode liegen. NOELLE-NEUMANN (1971) stellt für die Wirkungsforschung allgemein

fest, daß Feldforschung und Laboruntersuchungen z.T. zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen geführt haben. Die Wirkung von Effekten, die im Labor stark waren, ließen sich in natürlicher Umgebung kaum feststellen. Auch HOLZKAMP (1970) beschäftigt sich mit dem Phänomen, daß sich unter normalen Bedingungen im Experiment gefundene Effekte nicht bestätigen lassen. Seine Analyse führt dies auf eine immer hochgradigere Parzellierung, Reduzierung und Labilisierung der experimentellen Realität zurück.

Ein signifikanter experimenteller Befund ist unter Bedingungen zustande gekommen, die durch Kontrolle der Störfaktoren und möglicherweise Labilisierung der Reizsituation optimale Voraussetzungen für das Auftreten des erwarteten Effektes bieten. In der Realität des Praktikers nun liegen solche optimalen Voraussetzungen nicht vor.

6.2 Clusteranalyse

Das Ergebnis der Clusteranalyse sind fünf Aussendungstypen, die sich einmal im äußeren Erscheinungsbild, zum anderen in den Informationsinhalten voneinander unterscheiden. Die Aussendungstypen 1 und 2, mit denen sich die Ärzte relativ am längsten beschäftigt haben, zeichnen sich wohl durch einen verhältnismäßig hohen Informationsnutzen aus, sind von der äußeren Gestaltung nicht allzu interessant. Aussendungstypen 3 und 4 enthalten weniger vom Arzt präferierte Information. Die Aussendungen dieser beiden Cluster unterscheiden sich äußerlich sehr stark voneinander. Während

Aussendungen in Cluster 3 sehr auffällig, mit kräftigen Farben, vielen und großen Abbildungen auf dem Umschlag gestaltet sind, muten Aussendungen des Typs 4 sehr "langweilig" und reizarm an.

Schlüssig in das Bild, daß Nutzenerwartungen Priorität vor Gestaltungsfaktoren haben, fügt sich auch die Tatsache, daß die Musteranforderungskarten (Cluster 5), die von der Gestaltung her auffallend und farbig sind, aber, wie weiter vorn geschildert, den geringsten Informationsnutzen haben, weit weniger als andere Aussendungen beachtet werden.

Auch die Ergebnisse der Clusteranalyse legen also den Schluß nahe, daß der Informationsgehalt, der Nutzen der Information für den Arzt wichtiger als die äußere Gestaltung, die "Aufmachung" der Aussendung ist. Aber optisch völlig reizarme Aussendungen ohne jegliche Gestaltungselemente stellen, wie Cluster 4 zeigt, wahrscheinlich auch keine optimale Lösung dar, ebensowenig wie Aussendungen, bei denen durch übertriebenen Einsatz von Gestaltungselementen eine "reklamehafte" Anmutung erzeugt wird. Ein gewisser Einfluß kommt der Gestaltung des Kommunikationsmittels dem Anschein nach also auch zu.

Diese Interpretation der Ergebnisse führt zu dem Vorschlag eines interaktiven Wirkungsansatzes im Sinne LINs. LIN (1977) hält weder die "directive perspective", die Wirkung als Resultat einer Manipulation und Kontrolle des Rezipienten durch den Kommunikator ansieht, noch die "selective perspective", die Wirkung als Ergebnis der vom Rezipienten gesteuerten Auswahl von Medien und Mitteilungen betrachtet (diese beiden Sichtweisen finden eine Entsprechung in den von uns dargestellten Wirkungs- bzw. Nutzenansätzen), für ausreichend, der Komplexität des Wirkungsprozesses gerecht

zu werden. Er hält eine "interactive perspective" für notwendig, die Wirkung als Resultante sowohl der Beeinflussungsabsichten des Kommunikators, wie auch der Kommunikationsbedürfnisse des Rezipienten begreift.

Wirkung ist nach diesen Vorstellungen also abhängig von der Qualität bzw. speziellen Gestaltung des Kommunikationsmittels und durch selektives Verhalten des Rezipienten (abhängig von Zielsetzungen, Interessen, Nutzenerwartungen) konstituiert. Auch dieses Denkmodell ist sehr allgemein und bisher wurden nur wenige Anhaltspunkte gefunden, um die Bedeutung der Modellparameter im Medienumfeld zu konkretisieren.

6.3 Regressionsanalyse

Durch die drei Merkmale mit den höchsten Einzelkorrelationen zusammen werden 50 % der Varianz der Variablen "längere Beachtung der Aussendungsinhalte" erklärt. D.h. diese Variable wird auch noch durch andere Faktoren beeinflusst, die in der Untersuchung nicht berücksichtigt wurden. Im folgenden sollen einige Überlegungen angestellt werden, um welche Einflußgrößen es sich dabei handeln könnte. Zunächst zu nennen wären die spezifischen Medienpräferenzen des Arztes. Es wird vermutlich Unterschiede darin geben, welche Art der Informationsvermittlung generell bevorzugt wird: schriftliche Informationen, das persönliche Gespräch, audiovisuelle Medien o.ä.. Hinweise auf Medienpräferenzen liefern auch die Befragungsergebnisse. Weiterhin berücksichtigt werden müßten Einsatz und Wirkung der anderen eingesetzten Informationsmedien, da der Arzt sich in der Regel ja nicht

nur über Aussendungen, sondern auch über andere Medien und über fachliche Kontakte informiert. In diesem Zusammenhang wäre die Kenntnis des Adoptionsstatus bzgl. des jeweiligen Präparates vorteilhaft, da dieser die Zuwendung zu den einzelnen Medien beeinflussen kann. Auch die Relevanz des Präparates für den Arzt ist zu beachten: Handelt es sich um ein neues oder bereits eingeführtes Präparat? Ist das Indikationsgebiet für ihn grundsätzlich interessant? Auch hier liefern die Arzt-Interviews bereits allgemeine Hinweise zum Stellenwert bestimmter Indikationsgebiete. Gehört das Präparat zu denjenigen, die der Arzt in seiner Praxis prinzipiell nicht einsetzt?

Insgesamt ist für eine Verbesserung der Vorhersage eine Kontrolle der individuellen Nutzenerwartungen und Kommunikationsbedürfnisse erforderlich.

6.4 Fazit: Nutzen und Grenzen des gewählten Vorgehens

In der vorliegenden Untersuchung wurden psychologisch-wissenschaftliche Ansätze als Rahmenkonzeptionen für die Problemstrukturierung benutzt. Diese Vorgehensweise ist in vieler Hinsicht nützlich. Sie hat einen hohen Anregungswert bei der Ableitung von potentiellen Einflußgrößen und vor allem bei der Generierung von Hypothesen über bestehende Zusammenhänge.

Es ist auch sicherlich im allgemeinen günstiger, mit Denkmodellen zu arbeiten, die bereits eine gewisse empirische Abstützung, wenn auch zum Teil in anderen Objektbereichen, und breitere Akzeptanz erfahren haben, als ohne Berück-

sichtigung des erreichten Standes der wissenschaftlichen Theorienbildung quasi vom Punkt Null aus mit dem Aufstellen von Hypothesen zu beginnen.

Ein solches Vorgehen (Aufstellen von Hypothesen anhand von Ad-hoc-Überlegungen) wäre mit allen jenen Nachteilen verbunden, die Alltagstheorien eigen sind: Zufälligkeit der Beobachtung, unkontrollierte subjektive Voreingenommenheit, unzulässige Verallgemeinerungen etc.. Die Einbeziehung fachwissenschaftlicher theoretischer Überlegungen kann hier auch als Korrektiv dienen (Leitfunktion, Erinnerungsfunktion o.ä.).

Aber solche allgemeinen Ansätze lassen sich nicht nur zur Problemstrukturierung einsetzen, sondern sind, wie gezeigt, auch hilfreich bei der Erklärung und Wertung der Befunde.

Eine gewisse Vorsicht ist insoweit geboten, als erkennbar geworden sein sollte, daß man solche Denkmodelle nicht einfach "blind" und unkritisch, ohne Beachtung der Randbedingungen, auf beliebige Objektbereiche übertragen darf. Aber ein überlegtes, erfahrungsgestütztes Heranziehen theoretischer Überlegungen zur Aspektstrukturierung ist sicherlich zu begrüßen.

Die Grenzen einer solchen Herangehensweise, d.h. der Nutzung wissenschaftlicher Ansätze als Rahmenkonzeption zur Problemstrukturierung sind auch deutlich geworden: Sie liegen in den vielen freien Parametern bzw. in dem Problem der Konkretisierung der Modellparameter im spezifischen Umfeld. Diese ist für eine wirklich "gute" Problembearbeitung (z.B. Erstellen eines funktionalen Modells) nicht ausreichend.

6.5 Konsequenzen für die praktische Kommunikationsarbeit im Pharma-Marketing

Eine wesentliche Leistung der vorliegenden Untersuchung ist in der detaillierten Beschreibung und Analyse des Gegenstandsbereiches, der Ermittlung von Einstellungen und Verhalten niedergelassener Ärzte gegenüber Aussendungen der pharmazeutischen Industrie durch Interviews und vor allem der Erfassung der faktischen Nutzung zu sehen. In der Literatur finden sich zu diesem Themenbereich nur einige Uralt-Studien. HABERBECK (1968) gibt eine Zusammenfassung von Untersuchungen zur Einstellung und zum Verhalten von Ärzten gegenüber Aussendungen, die ausschließlich auf Befragungsdaten beruhen. Diese Untersuchungen beschäftigen sich vorwiegend mit der Rolle der verschiedenen Informationsmedien - u.a. Aussendungen - für die Kenntnisnahme neuer Medikamente durch die Ärzte und dem Stellenwert dieser Medien als Auslöser für die Verordnung. Dies gilt auch für den Übersichtsartikel von BAUER und WORTZEL (1966): "Doctor's Choice: The Physician and His Sources of Information about Drugs". So konnten durch die vorliegende Untersuchung einige Informationslücken speziell in diesem Medienbereich geschlossen werden.

Konkret erscheinen folgende Ableitungen aus der Untersuchung möglich:

1. Es kann keine für alle potentiellen Empfänger, alle Kommunikationsziele, alle Präparate resp. Indikationsgebiete "optimale" Aussendung geben. Dies ist zum einen darin begründet, daß - subjektive und individuell meist verschiedene - Nutzenerwartungen einen stärkeren Ein-

fluß auf die Zuwendung des Arztes zu Aussendungen haben als irgendwelche Gestaltungsmerkmale. Der zweite Grund liegt in der Relativität der Gestaltungsfaktoren, d.h. in der Abhängigkeit der Wirkung vom jeweiligen Umfeld.

2. Aussendungen sollten vom äußeren Erscheinungsbild nicht nach "Reklame" aussehen (nicht zu bunt, zu große Abbildungen, zu auffällig etc.). Aussendungen sollten seriös wirken, aber nicht "langweilig" bzw. "optisch reizarm" sein. Ein gewisses Mindestmaß an Gestaltungselementen scheint erforderlich.
3. Wichtiger als Gestaltungsfaktoren ist aber allemal das angebotene Informationsmaterial.
4. Sonderdrucke (= wissenschaftliche, firmenneutrale und daher wohl besonders glaubwürdige Informationen) werden vom Arzt besonders geschätzt.
5. Über die reinen Präparateinformationen hinaus sollten Aussendungen einen zusätzlichen Nutzen für den Arzt bieten (z.B. Hilfen zur Praxisorganisation, Leseservice "Informationen besser verarbeiten", Kongreßberichte etc.).

Eine Bemerkung zum Abschluß: Es hat sich gezeigt, daß sich finale Denkmodelle bzgl. des ärztlichen Informationsverhaltens im Medienumfeld Aussendung besonders bewähren. Gut wäre, wenn diese Untersuchung auch dazu beitragen könnte, daß sich diese Modelle im Pharma-Marketing weiter durchsetzen, als es bisher der Fall war.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Am Beispiel einer Marktforschungsstudie über das Informationsverhalten des niedergelassenen Arztes bezogen auf das Medium Aussendung wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die Einbeziehung fachwissenschaftlicher theoretischer Ansätze den Ertrag einer solchen Untersuchung verbessern kann.

Nachdem begründet wurde, warum solche Überlegungen zur Problemstrukturierung herangezogen werden sollten, wurden verschiedene allgemeine Ansätze zur Wirkung von Kommunikationsmitteln diskutiert.

Als Konkretisierungen dieser allgemeinen Überlegungen erfolgte eine Ableitung potentieller Einflußgrößen auf das Verhalten des Arztes gegenüber Aussendungen. Zur Datenerhebung wurden verschiedene Methoden der empirischen Sozialforschung in Kombination eingesetzt.

Einbezogen in die Untersuchung waren die Praxen von 96 Praktikern/Allgemeinmediziner und niedergelassenen Internisten.

Die Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß eine längere Zuwendung des Arztes zu den Informationsmaterialien eher von Variablen, die aus dem handlungstheoretisch orientierten Nutzenansatz abgeleitet wurden, abhängig ist als von bestimmten Gestaltungsmerkmalen.

Insgesamt hat die Heranziehung psychologisch-wissenschaftlicher Ansätze als Rahmenkonzeption zur Problemstrukturierung sicher Vorteile, z.B. einen hohen Anregungswert bei der Ableitung potentieller Einflußgrößen und der Generierung von Hypothesen über bestehende Zusammenhänge, aber es sind auch die Grenzen einer solchen Vorgehensweise deutlich geworden: Das Problem liegt in der Konkretisierung der Modellparameter im spezifischen Umfeld. Diese ist für eine "gute" Bearbeitung des konkreten Problems (z.B. Erstellen eines funktionalen Modells) nicht ausreichend.

ANHANG

	Seite
1. Heilmittelwerbegesetz	131
2. Erläuterungen zur Vorgehensweise für Arzt und Helferin	133
3. Fehlzettel	136
4. Aufkleber	137
5. Fragebogen Arzt-Interview	138
6. Fragebogen Helferin-Interview	153
7. Skalierungsbögen	161
8. Korrelationsliste	163
9. Regressionsanalyse	164
10. Aussendungscluster	165
11. Photos der Beachtungsrangfolge von Aussendungen	166
12. Photos der Aussendungscluster	170

Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens [Heilmittelwerbegesetz]
in der Fassung, die am 1. Januar 1978 in Kraft getreten ist*

§ 1 [Anwendungsbereich]

- (1) Dieses Gesetz findet Anwendung auf die Werbung für
1. Arzneimittel im Sinne des § 2 des Arzneimittelgesetzes,
 2. andere Mittel, Verfahren, Behandlungen und Gegenstände, soweit sich die Werbeaussage auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bei Mensch oder Tier bezieht.
 - (2) Andere Mittel im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 sind kosmetische Mittel im Sinne des § 4 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandsgesetzes. Gegenstände im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 sind auch Gegenstände zur Körperpflege im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 4 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandsgesetzes.
 - (3) Eine Werbung im Sinne dieses Gesetzes ist auch das Ankündigen oder Anbieten von Werbeaussagen, auf die dieses Gesetz Anwendung findet.
 - (4) Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf die Werbung für Gegenstände zur Verhütung von Unfallschäden.

§ 2 [Fachkreise]

Fachkreise im Sinne des Gesetzes sind Angehörige der Heilberufe oder des Heilgewerbes, Einrichtungen, die der Gesundheit von Mensch oder Tier dienen, oder sonstige Personen, soweit sie mit Arzneimitteln, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln erlaubterweise Handel treiben oder sie in Ausübung ihres Berufes anwenden.

§ 3 [Irreführende Werbung]

Unzulässig ist eine irreführende Werbung. Eine Irreführung liegt insbesondere dann vor,

1. wenn Arzneimitteln, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen beigelegt werden, die sie nicht haben,
2. wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, daß
 - a) ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann,
 - b) bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten,

* Gemäß Art. 5 § 2 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24. 8. 1976 (BGBl. I S. 2445) ist der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit ermächtigt, den Wortlaut des Gesetzes zu bereinigen und mit neuem Datum bekanntzumachen sowie die Paragraphenfolge neu festzusetzen. Der hier abgedruckten Fassung liegt der entsprechende Neufassungsentwurf zugrunde.

361

1. Heilmittelwerbegesetz:

- c) die Werbung nicht zu Zwecken des Wettbewerbs veranstaltet wird,
3. wenn unwahre oder zur Täuschung geeignete Angaben
 - a) über die Zusammensetzung oder Beschaffenheit von Arzneimitteln, Gegenständen oder anderen Mitteln oder über die Art und Weise der Verfahren oder Behandlungen oder
 - b) über die Person, Vorbildung, Befähigung oder Erfolge des Herstellers, Erfinders oder der für sie tätigen oder tätig gewesenen Personen gemacht werden.

§ 4 [Pflichtangaben]

(1) Jede Werbung für Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1 des Arzneimittelgesetzes muß folgende Angaben enthalten:

1. den Namen oder die Firma und den Sitz des pharmazeutischen Unternehmers,
2. die Bezeichnung des Arzneimittels,
3. die Zusammensetzung des Arzneimittels nach Art und Menge der wirksamen Bestandteile,
4. die Anwendungsgebiete,
5. die Gegenanzeigen,
6. die Nebenwirkungen,
7. Warnhinweise, soweit sie für die Kennzeichnung der Behältnisse und äußeren Umhüllungen vorgeschrieben sind,
8. die Wartezeit bei Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, die der Gewinnung von Lebensmitteln dienen.

(2) Die Angaben nach Absatz 1 müssen mit denjenigen übereinstimmen, die nach § 11 oder § 12 des Arzneimittelgesetzes für die Packungsbeilage vorgeschrieben sind.

(3) Bei einer Werbung außerhalb der Fachkreise können die Angaben nach Absatz 1 Nr. 3 entfallen. Können die nach Absatz 1 Nr. 5, 6 und 8 vorgeschriebenen Angaben nicht gemacht werden, so können sie entfallen.

(4) Die nach Absatz 1 vorgeschriebenen Angaben müssen von den übrigen Werbeaussagen deutlich abgegrenzt und erkennbar sein. Bei Werbeaussagen in audiovisuellen Medien findet Satz 1 entsprechende Anwendung.

(5) Absatz 1 gilt nicht für eine Erinnerungswerbung. Eine Erinnerungswerbung liegt vor, wenn ausschließlich mit der Bezeichnung eines Arzneimittels oder zusätzlich mit dem Namen, der Firma oder dem Warenzeichen des pharmazeutischen Unternehmens geworben wird.

§ 5 [Werbung für homöopathische Arzneimittel]

Für homöopathische Arzneimittel, die nach dem Arzneimittelgesetz regi-

striert oder von der Registrierung freigestellt sind, darf mit der Angabe von Anwendungsgebieten nicht geworben werden.

§ 6 [Fachwerbung]

Unzulässig ist eine Werbung, wenn

1. Gutachten oder Zeugnisse veröffentlicht oder erwähnt werden, die nicht von wissenschaftlich oder fachlich hierzu berufenen Personen erstattet worden sind und nicht die Angabe des Namens, Berufes und Wohnortes des Gutachters oder Ausstellers des Zeugnisses sowie den Zeitpunkt der Ausstellung des Gutachtens oder Zeugnisses enthalten,
2. auf wissenschaftliche, fachliche oder sonstige Veröffentlichungen Bezug genommen wird, ohne daß aus der Werbung hervorgeht, ob die Veröffentlichung das Arzneimittel, das Verfahren, die Behandlung, den Gegenstand oder ein anderes Mittel selbst betrifft, für die geworben wird, und ohne daß der Name des Verfassers, der Zeitpunkt der Veröffentlichung und die Fundstelle genannt werden.

§ 7 [Werbegeben]

Es ist unzulässig, Werbegeben (Waren oder Leistungen) anzubieten, anzukündigen oder zu gewähren, es sei denn, daß es sich um Gegenstände von geringem Wert, die durch eine dauerhafte und deutlich sichtbare Bezeichnung des Werbenden oder des Arzneimittels oder beider gekennzeichnet sind, um geringwertige Kleinigkeiten oder um Werbegeben handelt, die als Zugaben zulässig wären. § 47 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes bleibt unberührt.

§ 8 [Versandhandelswerbung]

Unzulässig ist eine Werbung, die darauf hinwirkt, Arzneimittel, deren Abgabe den Apotheken vorbehalten ist, im Wege des Versandes zu beziehen. Dieses Verbot gilt nicht für eine Werbung, die sich auf die Abgabe von Arzneimitteln in den Fällen des § 47 des Arzneimittelgesetzes bezieht.

§ 9 [Fernbehandlungswerbung]

Unzulässig ist eine Werbung für die Erkennung oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden Menschen oder Tier beruht (Fernbehandlung).

§ 10 [Werbung für bestimmte Arzneimittel]

(1) Für verschreibungspflichtige Arzneimittel darf nur bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern und Personen, die mit diesen Arzneimitteln erlaubterweise Handel treiben, geworben werden.

(2) Für Arzneimittel, die dazu bestimmt sind, bei Menschen die Schlaflosigkeit oder psychische Störungen zu beseitigen oder die Stimmungslage zu beeinflussen, darf außerhalb der Fachkreise nicht geworben werden.

[Publikumswerbung]
§ 11

Außerhalb der Fachkreise darf für Arzneimittel, Verfahren, Behandlungen, Gegenstände oder andere Mittel nicht geworben werden

1 mit Gutachten, Zeugnissen, wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen sowie mit Hinweisen darauf,

2 mit Angaben, daß das Arzneimittel, das Verfahren, die Behandlung, der Gegenstand oder das andere Mittel ärztlich, zahnärztlich, tierärztlich oder anderweitig fachlich empfohlen oder geprüft ist oder angewendet wird,

3 mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf,

4 mit der bildlichen Darstellung von Personen in der Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit von Angehörigen der Heilberufe, des Heilgewerbes oder des Arzneimittelhandels,

5 mit der bildlichen Darstellung

a) von Veränderungen des menschlichen Körpers oder seiner Teile durch Krankheiten, Leiden oder Körperschäden,

b) der Wirkung eines Arzneimittels, eines Verfahrens, einer Behandlung, eines Gegenstandes oder eines anderen Mittels durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach der Anwendung,

c) des Wirkungsverganges eines Arzneimittels, eines Verfahrens, einer Behandlung, eines Gegenstandes oder eines anderen Mittels am menschlichen Körper oder an seinen Teilen,

6 mit fremd- oder fachsprachlichen Bezeichnungen, soweit sie nicht in den allgemeinen deutschen Sprachgebrauch eingegangen sind,

7 mit einer Werbeaussage, die geeignet ist, Angstgefühle hervorzurufen oder auszunutzen,

8 durch Werbeverträge, mit denen ein Falschbetriebl oder eine Entgegennahme von Anschriften verbunden ist,

9 mit Hauszeitschriften, deren Werbezweck mißverständlich oder nicht deutlich erkennbar ist,

10 mit Schriften, die dazu anleiten, bestimmte Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden beim Menschen selbst zu erkennen und mit den in der Werbung bezeichneten Arzneimitteln, Gegenständen, Verfahren, Behandlungen oder anderen Mitteln zu behandeln,

11 mit Äußerungen Dritter, insbesondere mit Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben, oder mit Hinweisen auf solche Äußerungen,

364

7. auf eine durch § 11 verbotene Weise außerhalb der Fachkreise wirbt,

8. entgegen § 12 eine Werbung betreibt, die sich auf die in der Anlage zu § 12 aufgeführten Krankheiten oder Leiden bezieht,

9. eine nach § 13 unzulässige Werbung betreibt.

(2) Ordnungswidrig handelt ferner, wer fahrlässig dem Verbot der Irreführenden Werbung (§ 3) zuwiderhandelt.

(3) Die Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 kann mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Deutsche Mark, die Ordnungswidrigkeit nach Absatz 2 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Deutsche Mark geahndet werden.

§ 16 [Einzahlung von Werbematerial]

Werbematerial, auf das sich eine Straftat nach § 14 oder eine Ordnungswidrigkeit nach § 15 bezieht, kann eingezogen werden.

§ 17 [Verhältnis zu anderen Gesetzen]

Unberührt bleiben:

1. das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb vom 7. Juni 1909 (Reichsgesetzbl. S. 499), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 10. März 1975 (Bundesgesetzbl. I S. 685),

2. § 21 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 700),

3. die Zugabeverordnung vom 9. März 1932 (Reichsgesetzbl. I S. 121), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 2. März 1974 (Bundesgesetzbl. I S. 469)

[Anlage zu § 12]

Krankheiten und Leiden, auf die sich die Werbung gemäß § 12 nicht beziehen darf

A. Krankheiten und Leiden beim Menschen

1. Nach dem Bundes-Seuchengesetz vom 18. Juli 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1012), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 23. Januar 1963 (Bundesgesetzbl. I S. 57) meldepflichtige Krankheiten,

2. Geschwulstkrankheiten,

3. Krankheiten des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, ausgenommen Vitamin- und Mineralstoffmangel und alimentäre Fettsucht,

4. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, ausgenommen Eisenmangelanämie,

5. organische Krankheiten

366

12. mit Werbemaßnahmen, die sich ausschließlich oder überwiegend an Kinder oder an Jugendliche unter 18 Jahren richten,

13. mit Preisausschreiben, Verlosungen oder anderen Verfahren, deren Ergebnis vom Zufall abhängig ist,

14. durch die nicht verlangte Abgabe von Mustern oder Proben oder durch Gutscheine dafür.

§ 12

(1) Die Werbung für Arzneimittel außerhalb der Fachkreise darf sich nicht auf die Erkennung, Verhütung, Beseitigung oder Linderung der in der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten Krankheiten oder Leiden beim Menschen oder Tier beziehen.

(2) Die Werbung für andere Mittel, Verfahren, Behandlungen oder Gegenstände außerhalb der Fachkreise darf sich nicht auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung dieser Krankheiten oder Leiden beziehen. Dies gilt nicht für die Werbung für Verfahren oder Behandlungen in Heilbädern, Kurorten und Kuranstalten.

§ 13 [Werbung ausländischer Unternehmen]

Die Werbung eines Unternehmens mit Sitz außerhalb des Geltungsbezirks dieses Gesetzes ist unzulässig, wenn nicht ein Unternehmen mit Sitz oder eine natürliche Person mit gewöhnlichem Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes, die nach diesem Gesetz unbeschränkt strafrechtlich verfolgt werden kann, ausdrücklich damit betraut ist, die sich aus diesem Gesetz ergebenden Pflichten zu übernehmen.

§ 14 [Strafvorschrift]

Wer dem Verbot der Irreführenden Werbung (§ 3) zuwiderhandelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 15 [Geldbußvorschriften]

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. eine Werbung betreibt, die die nach § 4 vorgeschriebenen Angaben nicht enthält oder entgegen § 5 mit der Angabe von Anwendungsgebieten wirbt,

2. in einer nach § 6 unzulässigen Weise mit Gutachten, Zeugnissen oder Bezugnahmen auf Veröffentlichungen wirbt,

3. entgegen § 7 eine mit Werbegaben verbundene Werbung betreibt,

4. entgegen § 8 eine Werbung betreibt, die auf einen Bezug von Arzneimitteln im Wege des Versandens hinwirkt,

5. entgegen § 9 für eine Fernbehandlung wirbt,

6. entgegen § 10 für die dort bezeichneten Arzneimittel wirbt,

365

a) des Nervensystems,

b) der Augen und Ohren,

c) des Herzens und der Gefäße, ausgenommen allgemeine Arteriosklerose, Varikose und Frostbeulen,

d) der Leber und des Pankreas,

e) der Harn- und Geschlechtsorgane,

6. Geschwüre des Magens und des Darms,

7. Epilepsie,

8. Geisteskrankheiten,

9. Trunksucht,

10. krankhafte Komplikationen der Schwangerschaft, der Entbindung und des Wochenbetts.

B. Krankheiten und Leiden beim Tier

1. Nach dem Viehseuchengesetz vom 26. Juni 1909 (Reichsgesetzbl. S. 519), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 23. August 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 743) meldepflichtige Krankheiten,

2. ansteckender Scheidenkatarrh der Rinder,

3. Fruchtbarkeitsstörungen der Pferde und Rinder,

4. infektiöse Aufzuchtkrankheiten der Tiere,

5. bakterielle Eutererkrankungen bei Kühen, Ziegen und Schafen,

6. Kolik bei Pferden und Rindern.

(Fortsetzung:

Heilmittelwerbegesetz)

2. Erläuterungen zur Vorgehensweise für
Arzt und Helferin:

(2.1) Studie über die Behandlung
der Aussendungen an den Arzt

Sinn der Studie

Diese Studie soll herausfinden, was mit den Aussendungen in der Praxis wirklich geschieht.

- o Werden Aussendungen von der Sprechstundenhilfe vorher aussortiert?
- o Was sortiert der Arzt aus und was beachtet bzw. nutzt er?

Was ist zu tun?

Die möglichen Reaktionen auf die Aussendungen (Aussortierung oder Beachtung) wurden auf speziell gestalteten Aufklebern vorformuliert. Diese sollen dann unmittelbar und direkt auf die einzelnen Aussendungen geklebt werden. Das erleichtert die Arbeit. Diese Erhebung dauert 1 Woche.

Zur Vertiefung des ganzen wird später ein Interview mit der Sprechstundenhilfe durchgeführt, die die Aussendungen aussortiert hat, und ein Interview - in einigen Fällen auch zwei - mit dem Arzt.

Wir freuen uns, daß Sie sich an dieser Studie beteiligen. Alle Daten werden selbstverständlich anonymisiert und nur für statistische Zwecke ausgewertet.

Unsere Adresse:

IVE - Research International
Grindelberg 5
2000 Hamburg 13
Tel.: (040) 44119 145

(2.2)

Detaillierte Hinweise

Welche Aussendungen werden erfaßt?

Es werden nur die Aussendungen erfaßt, die an den Arzt in seiner Rolle als Arzt geschickt werden und mit dem Gebiet der Medizin zu tun haben.

Also keine Aussendungen von Versicherungen, Banken, Reiseveranstaltern u.ä. einschicken. Und keine Zeitschriften.

Was ist, wenn Sie eine Aussendung oder Teile davon behalten wollen?

Sie können jederzeit Teile oder auch die ganze Aussendung zu Ihrer Nutzung behalten. Wir bitten Sie aber in diesem Falle dringend, auf dem grünen "Fehlzettel" das alles anzukreuzen und diesen mit dem eventuellen Rest der Aussendung zusammen in eine Plastikhülle zu stecken.

Werfen Sie während der Untersuchungswoche keine Aussendungen einfach weg.

Wo wird der Aufkleber angebracht?

Es ist völlig egal, auf welchen Teil der Aussendung Sie den Aufkleber anbringen. Bei den ungeöffneten Aussendungen ist es naturgemäß der Umschlag, und da die geöffneten Aussendungen jeweils in eine Plastikhülle kommen, ist eine eindeutige Zuordnung für uns immer gewährleistet.

Bitte keine Veränderung Ihrer normalen Gepflogenheiten.

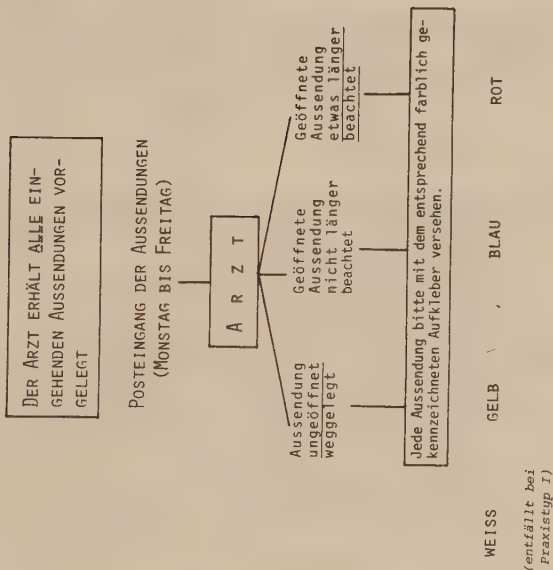
Behandeln Sie die Aussendungen bitte so, wie Sie sie ohne diese Studie auch behandeln würden.

Es ist für uns genauso wichtig zu erfahren, ob gar keine, wenige oder viele Aussendungen unbeachtet aussortiert werden.

(2.3) Graphik aus den Erläuterungen an den Arzt
zum Ablauf der Studie:

SAMMELN UND MARKIEREN DER AUSSENDUNGEN

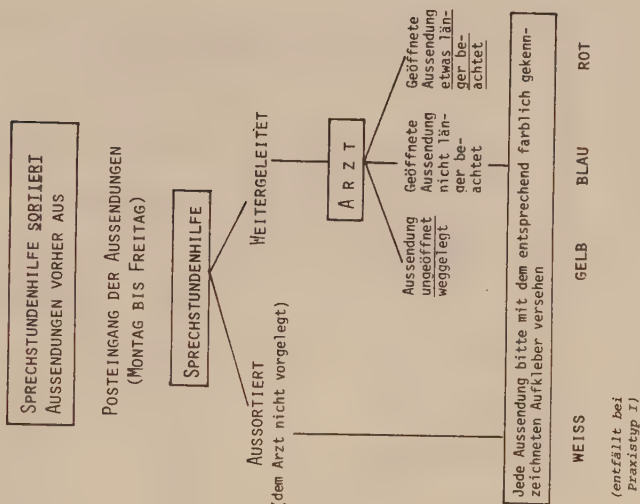
PRAXISTYP I



Gekennzeichnete Aussendungen bitte sammeln und in den großen, bereits frankierten Umschlägen an das Institut schicken.

SAMMELN UND MARKIEREN DER AUSSENDUNGEN

PRAXISTYP II



Gekennzeichnete Aussendungen bitte sammeln und in großen, bereits frankierten Umschlägen an das Institut schicken

3. Fehlzettel:

- Fehlzettel -		
(Falls etwas von der Aussendung einbehalten wurde)		
Auf einen der Reste der Aussendung bitte den Aufkleber anbringen, die Fehlzettel ausfüllen und alles zusammen in eine Plastikhülle tun. Zutreffendes bitte ankreuzen. Von dieser Aussendung wurde folgendes zur Nutzung einbehalten ...		
	... vom Arzt	... von der Sprechstundenhilfe
Umschlag	1	1
Anschreiben	2	2
Broschüre/ Fachinformation	3	3
Anforderungskarte	4	4
Spezielle Anmeldeformulare	5	5
Literaturverzeichnis	6	6
Adressenverzeichnis	7	7
Bilder/Graphiken	8	8
Sonstiges, und zwar:	9	9

Diese Aussendung wurde vollständig einbehalten*	0	0
Genaue Bezeichnung bitte hier notieren: ----- ----- -----		
Absender der Aussendung: ----- ----- -----		
* in diesem Falle den Aufkleber bitte auf den Fehlzettel kleben		

4. Aufkleber:

Von der Sprechstundenhilfe aussortierte Aussendung (dem Arzt nicht vorgelegt)

Spezieller Grund: _____

Etwas entnommen? nein ☐ ja ☐ *Fehlzettel
→ bitte
beilegen*

Vom Arzt ungeöffnet weggelecte Aussendung

Spezieller Grund: _____

Geöffnete Aussendung, aber nur kurze Orientierung zur Prüfung des Inhalts durch den Arzt, dann sofort weggelegt

Vom Arzt nicht länger beachtet

Spezieller Grund: _____

Etwas entnommen? nein ☐ ja ☐ *Fehlzettel
→ bitte
beilegen*

Geöffnete und vom Arzt etwas länger beachtete Aussendung (Mehr als die evtl. beiliegende Anforderungskarte beachtet)

War wichtige Information dabei? nein ☐ 1 ja ☐ 2 → evtl. die Stelle markieren

Gestaltung: sehr gut ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 schlecht

Inhalt: sehr gut ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 schlecht

Beachtung hat sich gelohnt: ja, sehr ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 nein, gar nicht

Etwas entnommen? nein ☐ ja ☐ *Fehlzettel
→ bitte
beilegen*

Fragebogen: A R Z T E

Nr.	Frage	Antwort																					
1.	Es ist allgemein bekannt, daß Ärzte sehr stark beansprucht werden. Wenn Sie an einen durchschnittlichen Arbeitstag denken, wieviel Zeit wenden Sie für folgenden Tätigkeiten ungefähr auf? Sagen Sie es mir bitte in Stunden bzw. Minuten. INTERVIEWER: VORGABEN VORLESEN! 	Betreuung von Patienten in der Praxis: _____ Std. Betreuung von Patienten außer Haus: _____ Std. Gespräche mit Arztbesuchern: _____ Min. Durchsehen bzw. Lesen von Aussendungen mit Präparateinformationen: _____ Min. Briefpost sortieren, lesen und beantworten: _____ Min. Andere organisatorische Arbeiten in der Praxis: _____ Min. Lesen oder Durchblättern von Fachzeitschriften: _____ Min.																					
2a.	Welche dieser Informationsquellen bevorzugen Sie zur Information über <u>neue</u> Präparate? LISTE 1 VORLEGEN 	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2a. Neue Präparate</th> <th>2b. Bereits bekannte Präparate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Ärztebesucher</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>B Anzeigen in medizinischen Fachzeitschriften</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>C Aussendungen der pharmazeutischen Industrie</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>D Firmenzeitschriften der pharmazeutischen Industrie</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>E Fortbildungsveranstaltungen der pharmazeutischen Industrie</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>F Fortbildungsfilme der pharmazeutischen Industrie</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>		2a. Neue Präparate	2b. Bereits bekannte Präparate	A Ärztebesucher	()	()	B Anzeigen in medizinischen Fachzeitschriften	()	()	C Aussendungen der pharmazeutischen Industrie	()	()	D Firmenzeitschriften der pharmazeutischen Industrie	()	()	E Fortbildungsveranstaltungen der pharmazeutischen Industrie	()	()	F Fortbildungsfilme der pharmazeutischen Industrie	()	()
	2a. Neue Präparate	2b. Bereits bekannte Präparate																					
A Ärztebesucher	()	()																					
B Anzeigen in medizinischen Fachzeitschriften	()	()																					
C Aussendungen der pharmazeutischen Industrie	()	()																					
D Firmenzeitschriften der pharmazeutischen Industrie	()	()																					
E Fortbildungsveranstaltungen der pharmazeutischen Industrie	()	()																					
F Fortbildungsfilme der pharmazeutischen Industrie	()	()																					
2b.	Und welche bei der Information über <u>bereits bekannte</u> Präparate? BITTE ANTWORTEN IM NEBENSTEHENDEN SCHEMA KRINGELN. MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH! 																						
3.	Bitte kreuzen Sie auf dem folgenden Blatt an, welche Eigenschaften jeweils auf welche dieser Anforderungsmedien zutreffen. INTERVIEWER: FRAGEBOGEN OBERREICHEN UND NÄCHSTES BLATT (LISTE 2) VOM ARZT AUSFÜLLEN LASSEN! 																						

LISTE 2 (ZU FRAGE 3)

Bitte pro Eigenschaft ankreuzen, für welche Anforderungsmedien sie nach Ihrer Ansicht zutreffen. (Sie können ein Medium ankreuzen oder auch mehrere.)

Anforderungsmedien

A	B	C	D	E	F
Arzte- besucher	Anzeigen in medi- zinischen Fachzeit- schriften	Aussen- dungen der pharma- zeitischen Industrie	Firmen- zeit- schriften der pharma- zeitischen Industrie	Fortbil- dungsver- anstaltun- gen der pharma- zeitischen Industrie	Fortbil- dungsfilme der pharma- zeitischen Industrie

Eigenschaften

1. Kurze Übersicht	()	()	()	()	()
2. Ausführliche Information	()	()	()	()	()
3. Unklarheiten können sofort beseitigt werden	()	()	()	()	()
4. Man kann sich beiläufig informieren	()	()	()	()	()
5. Zeitraubend	()	()	()	()	()
6. Nur als Anregung interessant	()	()	()	()	()
7. Wissenschaftlich	()	()	()	()	()
8. Bei Bedarf verfügbar	()	()	()	()	()
9. Wird schnell wieder ver- gessen	()	()	()	()	()
10. Umfassende Information	()	()	()	()	()
11. Zu viel Werbung	()	()	()	()	()
12. Verwirrend durch zu große Häufung von Informationen	()	()	()	()	()
13. Praxisgerecht	()	()	()	()	()
14. Anschaulich	()	()	()	()	()
15. Zeitsparend	()	()	()	()	()
16. Erlaubt Informationsauswahl	()	()	()	()	()
17. Entbehrlich	()	()	()	()	()

Nr.	Frage	Antwort
4.	Wo sehen Sie im allgemeinen die schriftlichen Informationen der pharmazeutischen Industrie durch: In der Praxis oder zu Hause?	- In der Praxis () - Zu Hause () - Sowohl als auch ()
5.	Wie ist das im allgemeinen, wenn Sie Aussendungen von pharmazeutischen Firmen bekommen: - wird diese Post überwiegend am Tag ihres Eintreffens gelesen oder - lassen Sie meist die Post von mehreren Tagen zusammenkommen?	- wird überwiegend am selben Tag gelesen () - lasse meist die Post von mehreren Tagen zusammenkommen ()
6.	An welchen Wochentagen lesen Sie die meisten Aussendungen? MEHRFACHNENNUNGEN!	- Montag () - Dienstag () - Mittwoch () - Donnerstag () - Freitag () - Samstag () - Sonntag ()
7.	Was veranlaßt Sie im allgemeinen, eine Aussendung länger zu beachten? BITTE ALLES NOTIEREN!	

Nr.	Frage	Antwort																																			
8a.	Es gibt Aussendungen, bei denen auf dem Umschlag Hinweise zum Inhalt der Aussendung stehen. Welche Rolle spielt für Sie der Hinweis auf eine Neueinführung auf dem Umschlag für die zumindest kurze Beachtung der Aussendung? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Skala. INTERVIEWER: Skala 1 vorlegen und bis Frage 8d liegenlassen. Der Wert "5" bedeutet, daß es eine "große" Rolle spielt; der Wert "0" bedeutet, daß es "keine" Rolle spielt. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen. ANTWORT IM SCHEMA UNTEN BEI FRAGE 8a KRINGELN!																																				
8b.	Welche Rolle spielt die Ankündigung einer Musteranforderungskarte auf dem Umschlag einer Aussendung für die zumindest kurze Beachtung einer Aussendung? S k a l a 1 ANTWORT IM SCHEMA UNTEN BEI FRAGE 8b KRINGELN!																																				
8c.	Und welche Rolle spielt der Hinweis auf Kongresse auf dem Umschlag für die zumindest kurze Beachtung der Aussendung? S k a l a 1 ANTWORT IM SCHEMA UNTEN BEI FRAGE 8c KRINGELN!																																				
8d.	Und inwieweit spielt die Angabe der absendenden Firma auf dem Umschlag eine Rolle für die zumindest kurze Beachtung der Aussendung? S k a l a 1 ANTWORT IM SCHEMA UNTEN BEI FRAGE 8d KRINGELN!																																				
	Schema zu den Fragen 8a. bis 8d. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frage 8a</th> <th>Frage 8b</th> <th>Frage 8c</th> <th>Frage 8d</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>große Rolle</td> <td>(5)</td> <td>(5)</td> <td>(5)</td> <td>(5)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(4)</td> <td>(4)</td> <td>(4)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(3)</td> <td>(3)</td> <td>(3)</td> <td>(3)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(2)</td> <td>(2)</td> <td>(2)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>keine Rolle</td> <td>(0)</td> <td>(0)</td> <td>(0)</td> <td>(0)</td> </tr> </tbody> </table>		Frage 8a	Frage 8b	Frage 8c	Frage 8d	große Rolle	(5)	(5)	(5)	(5)		(4)	(4)	(4)	(4)		(3)	(3)	(3)	(3)		(2)	(2)	(2)	(2)		(1)	(1)	(1)	(1)	keine Rolle	(0)	(0)	(0)	(0)	
	Frage 8a	Frage 8b	Frage 8c	Frage 8d																																	
große Rolle	(5)	(5)	(5)	(5)																																	
	(4)	(4)	(4)	(4)																																	
	(3)	(3)	(3)	(3)																																	
	(2)	(2)	(2)	(2)																																	
	(1)	(1)	(1)	(1)																																	
keine Rolle	(0)	(0)	(0)	(0)																																	

Nr.	Frage	Antwort	weiter mit Frage
9.	Gibt es bestimmte Firmen, deren Aussendungen Sie besonders interessieren? Wenn ja, welche Firmen sind das? Welche noch? INTERVIEWER: Falls "Boehringer" genannt, nachfragen, ob Boehringer Mannheim oder Boehringer Ingelheim		
10.	Es gibt Aussendungen, die aus einem Brief bestehen bzw. denen ein Brief beiliegt. Halten Sie es für wichtig, daß diese Briefe eine persönliche, namentliche Anrede haben?	Ja () Nein ()	
11.	Bei welchen Indikationsgebieten beachten Sie auf jeden Fall die Aussendungen zumindest kurz?		
12.	Es gibt wissenschaftliche Aussendungen mit Seriencharakter, bei denen man die weiteren Folgen nur erhält, wenn man eine entsprechende Anforderungskarte absendet. Erhalten Sie zur Zeit eine solche Serie bzw. haben Sie früher schon einmal eine solche Serie erhalten?	Ja () Nein ()	13 14

Nr.	Frage	Antwort	weiter mit Frage
13.	Wovon hängt es ab, ob Sie die weiteren Folgen einer solchen Serie anfordern? _____ _____ _____		
14.	Es gibt wissenschaftliche Aussendungen, die Anforderungskarten für weitere Literatur zu einem bestimmten Thema enthalten. Wovon hängt es ab, ob Sie diese angebotene Literatur anfordern? _____ _____ _____		
15.	Was machen Sie im allgemeinen bei Musteranforderungskarten, die in Aussendungen enthalten sind? - Schicken Sie sie gleich weg, - Legen Sie sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden o d e r - machen Sie keinen Gebrauch von Musteranforderungskarten?	 LISTE 3 VORLEGEN So verfähre ich mit Musteranforderungskarten in den Aussendungen: - Schicke sie gleich weg () - Lege zurück, um bei Bedarf zu verwenden () - Mache keinen Gebrauch davon ()	16 18
16.	Für welche Indikationsgebiete entnehmen Sie auf jeden Fall die Musteranforderungskarte, um sie wegzuschicken? _____ _____ _____ _____		

Nr.	Frage	Antwort	weiter mit Frage
17.	Wenn Sie jetzt einmal an alle Musteranforderungskarten denken, die Sie mit Aussendungen erhalten: Wie viele von 10 Musteranforderungskarten schicken Sie etwa ab?	etwa _____ von 10	
18.	Neben den Musteranforderungskarten der pharmazeutischen Industrie gibt es auch sogenannte Musterabrufdienste wie z. B. remediaset, Curationes mirabiles, medela u. ä., bei denen man zusätzlich Ärzte-muster bestellen kann. Wie wird in Ihrer Praxis mit diesen Musteranforderungskarten verfahren? - machen Sie keinen Gebrauch davon, - legen Sie sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden o d e r - schicken Sie die Musteranforderungskarten gleich weg?	LISTE 4 VORLEGEN So verfare ich mit Musteranforderungskarten der Musterabrufdienste: - Mache keinen Gebrauch davon () - Lege zurück, um bei Bedarf zu verwenden () - Schicke sie gleich weg ()	
19.	Sortieren Sie Ihre Post selbst oder lassen Sie durch jemand anderes vorsortieren?	Sortiere selbst () Lasse durch jemand anderes vorsortieren ()	ENDE 20

Nr.	Frage	Antwort	weiter mit Frage
20.	Durch wen lassen Sie vorsortieren?		
21.	Geben Sie irgendwelche Anweisungen für das Vorsortieren?	Ja () 22 Nein () ENDE	
22.	Welche Anweisungen geben Sie?		

Nr.	Frage	Antwort
A	<u>STATISTIK</u> Wie viele Scheine rechnen Sie in Ihrer Praxis ungefähr pro Quartal ab? LISTE 5 VORLEGEN	unter 1.000 Scheine 1.000 bis unter 1.200 Scheine 1.200 bis unter 1.500 Scheine 1.500 bis unter 1.800 Scheine 1.800 Scheine und mehr
B	In welchem Jahr haben Sie sich niedergelassen?	vor 1960 1960 bis 1964 1965 bis 1969 1970 bis 1974 1975 bis 1979 1980 bis 1984
C	Wie viele Jahre waren Sie am Krankenhaus beschäftigt, vom Zeitpunkt Ihrer Approbation bis zur Niederlassung?	1 bis 2 Jahre 3 bis 4 Jahre 5 bis 6 Jahre 7 bis 8 Jahre 9 bis 10 Jahre mehr
D	Darf ich fragen, wie alt Sie sind?	bis unter 30 Jahre 30 bis unter 40 Jahre 40 bis unter 50 Jahre 50 bis unter 60 Jahre 60 Jahre und älter

Nr.	Frage	Antwort
E	Betreiben Sie hier eine Einzelpraxis oder eine Gruppenpraxis?	Einzelpraxis Gruppenpraxis
F	Wie viele Personen sind in dieser Praxis beschäftigt - <u>außer</u> dem Arzt/Ärztin?	Zahl der Personen: _____
G	Fachrichtung:	Praktiker niedergelassener Internist
H	Geschlecht:	Arzt Ärztin
I	Betreiben Sie ein praxiseigenes Labor mit Photometer?	Ja Nein
K	Bundesland:	Schleswig-Holstein Hamburg Niedersachsen Bremen Nordrhein-Westfalen Hessen Rheinland-Pfalz Baden-Württemberg Bayern Saarland Berlin
L	Ortsgröße:	unter 5.000 E. 5.000 bis unter 20.000 E. 20.000 bis unter 100.000 E. 100.000 bis unter 500.000 E. 500.000 Einwohner und mehr

LISTE 1 (ZU FRAGE 2)

- A ÄRZTEBESUCHER
- B ANZEIGEN IN MEDIZINISCHEN FACHZEITSCHRIFTEN
- C AUSSENDUNGEN DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE
- D FIRMENZEITSCHRIFTEN DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE
- E FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN DER PHARMAZEUTISCHEN
INDUSTRIE
- F FORTBILDUNGSFILME DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE

S K A L A 1 (ZU FRAGE 8)

G R O ß E R O L L E (5)

(4)

(3)

(2)

(1)

K E I N E R O L L E (0)

L I S T E 3 (ZU FRAGE 15)

- SCHICKE SIE GLEICH WEG
- LEGE ZURÜCK, UM SIE BEI BEDARF ZU VERWENDEN
- MACHE KEINEN GEBRAUCH DAVON

L I S T E 4 (ZU FRAGE 18)

- MACHE KEINEN GEBRAUCH DAVON
- LEGE ZURÜCK, UM SIE BEI BEDARF ZU VERWENDEN
- SCHICKE SIE GLEICH WEG

L I S T E 5 (ZU STATISTIKFRAGE A)

- UNTER 1 000 SCHEINE
- 1 000 BIS UNTER 1 200 SCHEINE
- 1 200 BIS UNTER 1 500 SCHEINE
- 1 500 BIS UNTER 1 800 SCHEINE
- 1 800 SCHEINE UND MEHR

ARZTHELFERIN-INTERVIEW

- 153 -

Nr.

- Nur die Arzthelferin befragen, die bei der Aussende-Studie mitgewirkt hat -

1. An welchen Wochentagen gehen die meisten Aussendungen der pharmazeutischen Firmen in der Praxis ein?
- Montag
Dienstag
Mittwoch
Donnerstag
Freitag
Samstag/Sonabend

2. Zu welcher Tageszeit geben Sie die Aussendungen in der Regel an den Arzt weiter?
- _____
- _____

3. Welche Meinung, welche Einstellung hat der Arzt Ihrer Auffassung nach zu Aussendungen der pharmazeutischen Firmen?
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

4. Haben Sie vom Arzt Anweisungen bekommen, nach welchen Gesichtspunkten Sie die Aussendungen der pharmazeutischen Firmen vorsortieren sollen?

|| WENN "JA" || —————> Nach welchen Gesichtspunkten sortieren Sie die Aussendungen vor?

Nr.

5. Welche Gesichtspunkte spielen eine Rolle, daß Sie bestimmte Aussendungen an den Arzt weitergeben?

6. Und welche Gesichtspunkte sind dafür entscheidend, daß Sie eine Aussendung nicht an den Arzt weitergeben?

7. Werden die aussortierten Aussendungen ungeöffnet weggeworfen?

Ja
Nein

8. Gibt es bestimmte Hinweise auf dem Umschlag, die Sie veranlassen, eine Aussendung an den Arzt weiterzugeben?

|| WENN "JA" || —————> Welche?

9. Welche Rolle spielt die Firma, von der die Aussendung kommt, für die Weitergabe der Aussendung an den Arzt?

Große Rolle

|| SKALA A VORLEGEN ||

Sagen Sie es bitte anhand dieser Skala. Der Wert '5' bedeutet, es spielt eine große Rolle; der Wert '0' bedeutet, es spielt keine Rolle. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.

Keine Rolle

- | | | |
|-----|---|---|
| 10. | Legen Sie in der Regel dem Arzt die Aussendungen im Umschlag vor oder nehmen Sie den Umschlag vorher weg, oder ist das unterschiedlich? | Lege die Aussendungen im Umschlag vor
Nehme den Umschlag vorher weg
Ist unterschiedlich |
|-----|---|---|

|| ERLÄUTERNDER TEXT ||

Es gibt ja Aussendungen ganz verschiedener Art.

- | | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> o Einmal die <u>Aussendungen mit Seriencharakter</u>, bei denen man die weiteren Folgen nur erhält, wenn man eine entsprechende Anforderungskarte absendet. o Dann gibt es die Aussendungen, die <u>Anforderungskarten für weitere wissenschaftliche Literatur</u> enthalten. o Ferner gibt es die Aussendungen mit <u>Muster-Anforderungskarten</u> und... o Schließlich Aussendungen, die <u>Anforderungskarten für Praxishilfen</u> enthalten. | |
|--|--|--|

Zu diesen einzelnen Komplexen habe ich einige Fragen.

- | | |
|-----|---|
| 11. | Beginnen wir mit den wissenschaftlichen Aussendungen mit Seriencharakter, bei denen man die weiteren Folgen nur erhält, wenn man eine entsprechende Anforderungskarte absendet.

Entnehmen Sie in der Regel diese Karten, um die weiteren Aussendungsfolgen selbst anzufordern, oder geben Sie die Aussendung mit Anforderungskarte an den Arzt weiter? |
|-----|---|

Entnehme Anforderungskarte

Gebe Aussendung mit Anforderungskarte an den Arzt weiter

- | | |
|-----|--|
| 12. | Wie ist es mit den wissenschaftlichen Aussendungen, die Anforderungskarten für weitere Literatur zu einem bestimmten Thema enthalten?

Entnehmen Sie im allgemeinen diese Karten um die Literatur anzufordern, oder geben Sie die Aussendung mit Anforderungskarte an den Arzt weiter? |
|-----|--|

Entnehme Anforderungskarte

Gebe Aussendung mit Anforderungskarte an den Arzt weiter

Nr.	- 156 -	weiter mit Frage
13.	Was tun Sie mit Aussendungen, die Musteranforderungskarten enthalten? Entnehmen Sie in der Regel der Aussendung die Musteranforderungskarte oder geben Sie die Aussendung mit der <u>Musteranforderungskarte</u> an den Arzt weiter?	Entnehme Anforderungskarte → 14 Gebe die Aussendung mit der Musteranforderungskarte an den Arzt weiter → 15
14.	Wird von den Musteranforderungskarten ... - kein Gebrauch gemacht Schicken Sie sie ... - gleich weg, - legen Sie sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden, - oder entscheidet das in jedem Fall der Arzt?	Wird kein Gebrauch davon gemacht Schicke sie gleich weg Lege sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden Entscheidet in jedem Fall der Arzt
15.	Neben den Musteranforderungskarten der pharmazeutischen Industrie gibt es auch sogenannte Musterabrufdienste wie z. B. remediaset, Curationes mirabiles, meleda u. ä., bei denen man zusätzlich Ärztemuster bestellen kann. Wie verfahren Sie mit diesen Musteranforderungskarten? LISTE B - wird in der Praxis kein Gebrauch davon gemacht - geben Sie diese komplett an den Arzt weiter - legen Sie sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden - schicken Sie von sich aus Anforderungskarten weg	Es wird kein Gebrauch davon gemacht Gebe sie komplett an den Arzt weiter Lege sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden Schicke Anforderungskarten selbst weg
16.	Entnehmen Sie in der Regel der Aussendung die Anforderungskarten für Praxishilfen, z. B. Diäthilfen, Gewichtstabellen, Kalorientabellen, oder geben Sie die Aussendung mit der Anforderungskarte für Praxishilfen an den Arzt weiter?	Entnehme Anforderungskarte für Praxishilfen → 17 Gebe Aussendung mit der Anforderungskarte für Praxishilfen an den Arzt weiter → 18

Nr.	- 157 -		weiter mit Frage								
17.	Was machen Sie mit den Anforderungskarten für Praxishilfen? LISTE C <table border="0"> <tr> <td>- wird kein Gebrauch davon gemacht,</td> <td>Wird kein Gebrauch davon gemacht</td> </tr> <tr> <td>- entscheidet das in jedem Fall der Arzt,</td> <td>Entscheidet in jedem Fall der Arzt</td> </tr> <tr> <td>- schicken Sie sie gleich weg,</td> <td>Schicke sie weg</td> </tr> <tr> <td>- oder legen Sie sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden?</td> <td>Lege sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden</td> </tr> </table>			- wird kein Gebrauch davon gemacht,	Wird kein Gebrauch davon gemacht	- entscheidet das in jedem Fall der Arzt,	Entscheidet in jedem Fall der Arzt	- schicken Sie sie gleich weg,	Schicke sie weg	- oder legen Sie sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden?	Lege sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden
- wird kein Gebrauch davon gemacht,	Wird kein Gebrauch davon gemacht										
- entscheidet das in jedem Fall der Arzt,	Entscheidet in jedem Fall der Arzt										
- schicken Sie sie gleich weg,	Schicke sie weg										
- oder legen Sie sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden?	Lege sie zurück, um sie bei Bedarf zu verwenden										
18.	Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in dieser Praxis? Seit _____ Jahr(en)										
	INTERVIEWER-EINTRAGUNG: Arzthelferin ist ... Angestellte Familienangehörige										

S K A L A A (ZU FRAGE 9)

G R O ß E R O L L E (5)

(4)

(3)

(2)

(1)

K E I N E R O L L E (0)

L I S T E B (ZU FRAGE 15)

- ES WIRD KEIN GEBRAUCH DAVON GEMACHT
- GEBE SIE KOMPLETT AN DEN ARZT WEITER
- LEGE SIE ZURÜCK, UM SIE BEI BEDARF ZU VERWENDEN
- SCHICKE ANFORDERUNGSKARTE SELBST WEG

L I S T E C (ZU FRAGE 17)

- WIRD KEIN GEBRAUCH DAVON GEMACHT
- ENTSCHEIDET IN JEDEM FALL DER ARZT
- SCHICKE SIE WEG
- LEGE SIE ZURÜCK, UM SIE BEI BEDARF ZU VERWENDEN

BEURTEILUNG VON AUSSENDUNGEN ANHAND QUALITATIVER KRITERIEN

AUSENDE-Nr. _____						
Qualitative Kriterien	<u>AUSPRÄGUNGSGRAD DES KRITERIUMS</u> 0 20 40 60 80 100 %					
hilft mir bei der Arbeit						
unverzichtbare Information						
reizt zur Verordnung						
interessant						
wissenschaftlich						
Hilfe bei Patientenführung						
<u>neue</u> Informationen						
seriös						
weckt den Wunsch nach vertiefender Information						
sympathisch, ansprechend						
wichtig wegen Muster						
ist für mich privat wichtig						
	0 20 40 60 80 100 %					
<u>GESAMTBEURTEILUNG</u> ----- NÜTZLICH für mich						

BEURTEILUNG VON AUSSENDUNGEN ANHAND QUALITATIVER KRITERIEN

AUSSENDE-NR. _____	Öffnungswahrscheinlichkeit:
Qualitative Kriterien	<u>AUSPRÄGUNGSGRAD DES KRITERIUMS</u> 0 20 40 60 80 100 %
hilft dem Arzt bei seiner Arbeit unverzichtbare Information reizt zur Verordnung interessant wissenschaftlich Hilfe bei Patientenführung <u>neue</u> Informationen seriös weckt den Wunsch nach ver- tiefender Information sympathisch, ansprechend ist für Arzt privat wichtig	 0 20 40 60 80 100 %
GESAMTBEURTEILUNG ----- NÜTZLICH für den Arzt	

N = 50

KORRELATIONSLISTE OHNE MAK

		weiterg.	geöffnet	länger beachtet	
Hin- weis	AUFFÄLLIG	-0.28	-0.34	0.08	AUSSEN- KRITERIEN
	MAK	0.00	0.00	0.00	
	LANG. DIN	0.13	0.09	-0.15	
	QUADRAT	-0.13	-0.20	-0.29	
	DIN 4	0.03	0.02	0.38	
	DIN 5	-0.01	0.09	0.09	
	FARBIG	-0.40	-0.21	0.06	
	BRIEFMARKE	0.22	0.31	0.14	
	AUF. INHALT	0.31	0.41	0.46	
	FIRMA	-0.12	-0.27	-0.01	
	PRÄPARAT	-0.32	-0.50	-0.27	
	INDIKATION	-0.28	-0.29	-0.22	
	MUSTERANF.	-0.29	-0.38	-0.25	
	NEUEINFÜHRUNG	-0.12	-0.11	-0.03	
	SONSTIGES	0.00	0.00	0.00	
	ABBILDUNG	-0.09	-0.27	0.09	
	PRODUKTSYMBOL	0.00	0.00	0.00	
	PERS. ABS.	0.00	0.00	0.00	
	SERIENCHARAKTER	-0.02	0.18	0.08	
	PAPIER	0.06	0.37	0.03	INNEN- KRITERIEN
	PAPPE	0.00	0.00	0.00	
	FOLIE	-0.06	-0.37	-0.03	
	RÜHREN	0.00	0.00	0.00	
	ZAHL. STÖCKE	0.23	0.31	0.35	
	MUSTERANFORDERUNGSKARTE	-0.09	0.03	-0.14	
	LITERATURANFORD.	0.09	0.06	0.19	
	PHOTOS	-0.07	0.06	0.19	
	GRAPHIKEN	0.11	0.22	0.20	
	PERS. ANREDE	0.05	0.22	0.01	
	NUR BRIEF	-0.03	-0.16	-0.18	
	BRIEF ZUSÄTZLICH	0.26	0.07	0.02	
	GEBRAUCHSINFO	0.04	0.06	0.06	
	FOLDER MAX 12	-0.23	-0.10	0.01	
	WISS. BROSCHÜRE	0.37	0.39	0.16	
	EXTENSIVPROSPEKT	0.00	0.00	0.00	
	SONDERDRUCK	0.27	0.36	0.62	
	INFO. KARTCHEN	-0.39	-0.07	-0.01	
	BEIPACKZETTEL	0.06	-0.05	0.04	
	INDIKATIONSBEZ.	0.25	0.19	0.29	
	PRODUKTBEZOGEN	-0.14	-0.08	-0.19	
	PRAXISBEZOGEN	0.11	0.16	0.25	
	SACHFREMD	-0.11	0.19	0.07	

9. Regressionsanalyse:

LAENGER BEACHTET GEGEN AEUSSERE MERKMALE

AUSEIG.NE (EIG 5) = 7.77954 +5.01789*AUSEIG.NE (EIG 18) +1.12735*AUSEIG.NE
EIG 33)
+20.7068*AUSEIG.NE (EIG 45)

Number of observations = 51
Independent variables = 4.00
NAREN 003, 003 TO 007, 018 TO 021, 027 TO 035, 051, 071, 075 TO 101, 104,
117, 120 TO 127, 141 TO 155, 159 TO 181
R-squared (Fraction of variation explained) = 0.504 R = .71
F(3, 47) = 15.90 (Significance level is 100%)
Sum of squared residuals = 1,588.55
Standard error of estimate = 5.81368
Dependent Mean = 13.0451
Dependent Standard Deviation = 8.00098

	Coef.	Std.Err.	T	Sig. Level	Term
	-----	-----	-	-----	----
0)	7.780	2.167	3.6	99.9	Intercept
1)	5.018	1.721	2.9	99.5	AUSEIG.NE (EIG 18) (Hinweis auf Inhalt)
2)	1.127	0.9606	1.2	75.4	AUSEIG.NE (EIG 33) (Zahl an Stücken)
3)	20.71	4.496	4.6	100.0	AUSEIG.NE (EIG 45)(Sonderdrucke)

Note: T significance levels are all based on two-tailed tests

Average	Std. Dev.	Term
-----	-----	----
1.0	0.0	Intercept
0.411765	0.497050	AUSEIG.NE (EIG 18)
2.11765	0.908781	AUSEIG.NE (EIG 33)
0.0392157	0.196039	AUSEIG.NE (EIG 45)

10. Aussendungscluster:

Clusteranalyse (Quantitativ statistische Merkmale)

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
N = 11 (490 Exemplare)	N = 9 (427 Exemplare)	N = 18 (750 Exemplare)	N = 12 (550 Exemplare)	N = 14 (539 Exemplare)
027 MM Extrablatt 029 Aldactone 039 Lanitop 096 Pertenso 124 Gevilon 126 Pfizer Monitor 150 Sandorama 155 Spasmo Gallo SanoI 159 Tebonin forte 165 Tenso-Timelets 179 Zyloric	007 Enzymeund Verdauung 028 Cedur 081 Klinik + Praxis gelb (Apranax) 083 Isoptin 097 Praxisservice (Pertenso) 099 Klinik + Praxis grün (Pertenso) 100 Klinik + Praxis blau (Pertenso) 168 Alfason Bein 172 Persumbran	003 Baralgin Tropfen 004 Segontin 60 005 Surgam 300 018 Beriglobin 020 Digacin 035 Mebacetin 071 Urbason 077 Tri-Normin 25 080 Ergomimet plus 089 Dolo Mobilat Gel 101 Diucomb 117 Chologogum 120 Kalinor 148 Corto-/Tavegil 149 Hydergin Spezial 152 Sommer... 153 Ferro SanoI Duodenal 181 Fenistil plus	021 Talvosilen, Ben-u-ron 031 Lindigoo Depot 051 Bilordyl Brief 075 Enelbin Salbe 076 Allergospasmin 095 Medivitan 098 Arztinformation (Pertenso) 104 Euthyrox 127 Kompensan Wirk-profil 141 Det MS 164 Gastro-Timelets 173 Glurenorm	011 Lefax 017 Baycuten 024 Mastodynion 025 Ingelan 037 Doloneuro Gel 040 Arelix 042 Venopyronum Triplex 043 Glycolande N 054 Tri-Torrat 074 Eryfer 102 Encephabol forte 118 Triam-Injekt 136 Iso-Puren 157 Spiro-50-D Tablinen

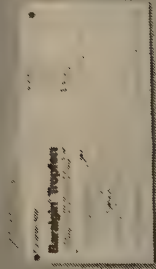
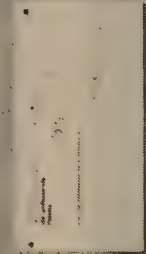
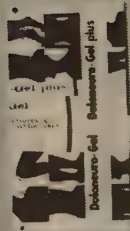
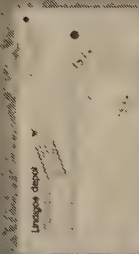
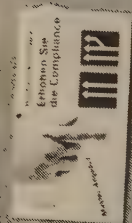
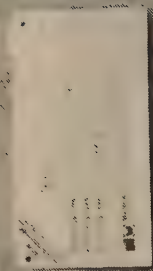
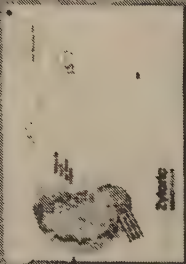
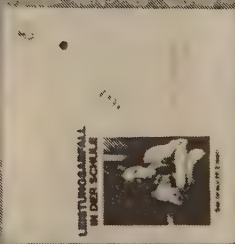
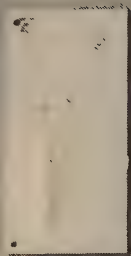
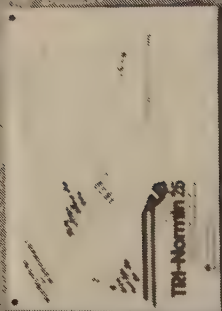
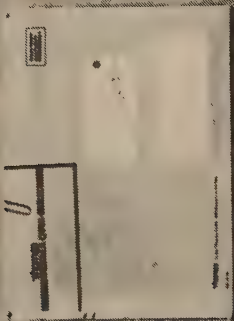
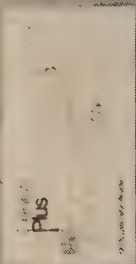
Clusteranalyse (Quantitativ statistische Merkmale)

Cluster :	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
N =	11 (Anzahl der Exemplare: 490)	9 (Anzahl der Exemplare: 427)	18 (Anzahl der Exemplare: 750)	12 (Anzahl der Exemplare: 550)	14 (Anzahl der Exempl.: 539)
Überdurchschnittlich (+)	● DIN A 4 ● Briefmarke ● Zahl der Stücke ● Sonderdruck ● Grafiken ● Brief zusätzlich ● praxisbezogen	● Lang DIN ● Briefmarke ● Hinweis auf Inhalt ● Seriencharakter ● Literaturanforderungskarte ● wiss. Broschüre ● indikationsbez.	● auffällig ● quadratisch ● Abbildung ● Folder max. 12 ● sachfremd	● DIN A 5	● MAK ● Hinweis auf MAK, Präparat und Indikation ● Infokärtchen ● Pappe
unterdurchschnittlich (-)	● quadratisch	● quadratisch ● DIN A 5 ● Infokärtchen	indikationsbezogen	● DIN A 4 ● Abbildungen ● Literatur AK ● wiss. Broschüre ● Infokärtchen ● sachfremd	diverse Punkte
nger beachtet	17%	14%	12%	10%	4%

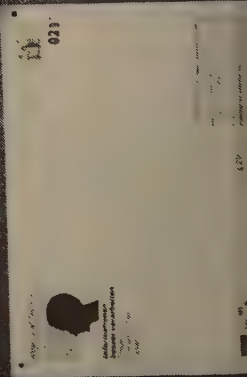
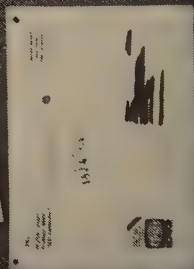
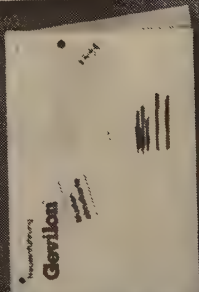
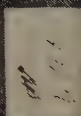
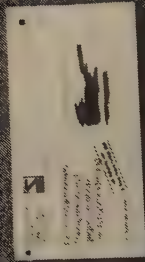
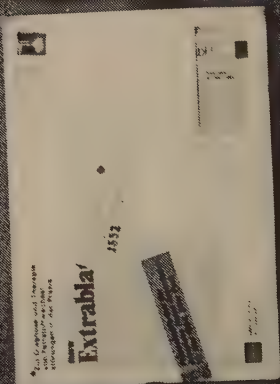
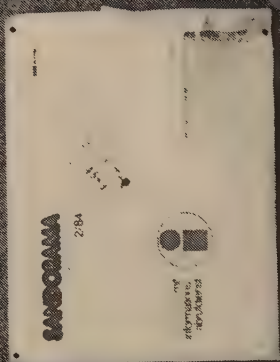
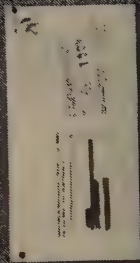
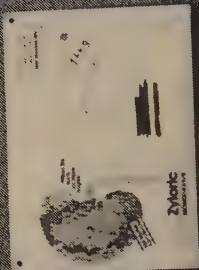
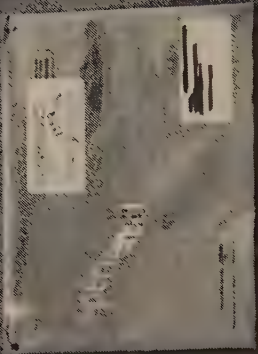
Rangfolge ①



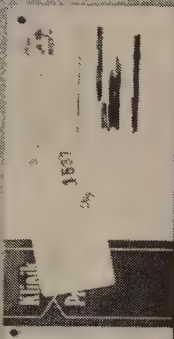
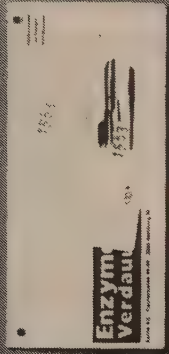
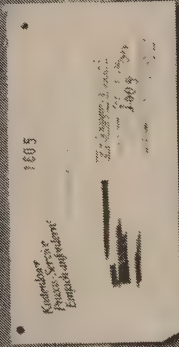
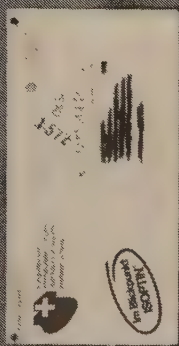
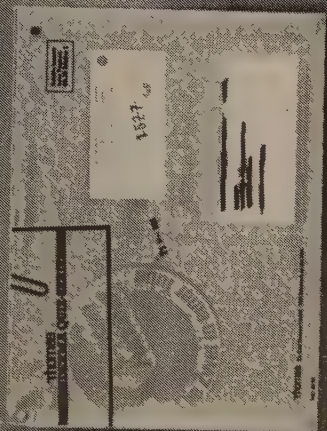
Rangfolge ③



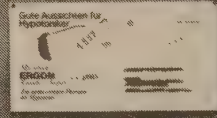
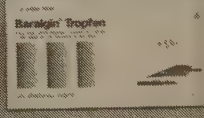
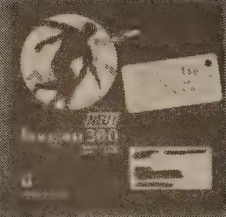
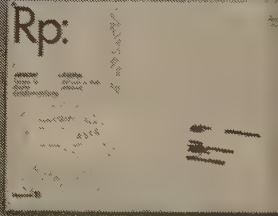
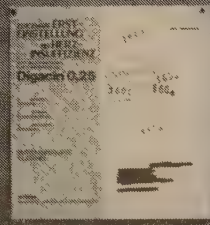
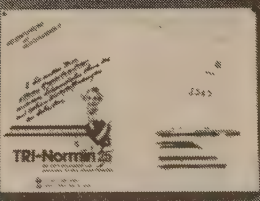
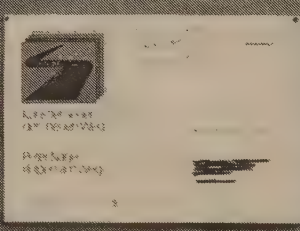
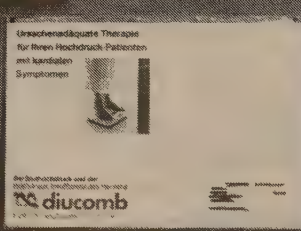
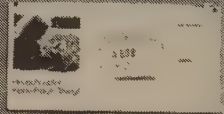
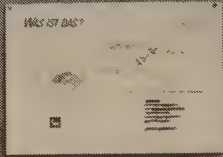
Cluster ①



Clusters ②



Chirke ②



Clusks ④

173

Anatomies
 zur
 Diabetes-
 Therapie

3
 Seiten

[illegible]

1546

[illegible]

Praktikum
Asthmatikum
1

1891
 1892
 1893
 1894
 1895
 1896
 1897
 1898
 1899
 1900
 1901
 1902
 1903
 1904
 1905
 1906
 1907
 1908
 1909
 1910
 1911
 1912
 1913
 1914
 1915
 1916
 1917
 1918
 1919
 1920
 1921
 1922
 1923
 1924
 1925
 1926
 1927
 1928
 1929
 1930
 1931
 1932
 1933
 1934
 1935
 1936
 1937
 1938
 1939
 1940
 1941
 1942
 1943
 1944
 1945
 1946
 1947
 1948
 1949
 1950
 1951
 1952
 1953
 1954
 1955
 1956
 1957
 1958
 1959
 1960
 1961
 1962
 1963
 1964
 1965
 1966
 1967
 1968
 1969
 1970
 1971
 1972
 1973
 1974
 1975
 1976
 1977
 1978
 1979
 1980
 1981
 1982
 1983
 1984
 1985
 1986
 1987
 1988
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998
 1999
 2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030
 2031
 2032
 2033
 2034
 2035
 2036
 2037
 2038
 2039
 2040
 2041
 2042
 2043
 2044
 2045
 2046
 2047
 2048
 2049
 2050
 2051
 2052
 2053
 2054
 2055
 2056
 2057
 2058
 2059
 2060
 2061
 2062
 2063
 2064
 2065
 2066
 2067
 2068
 2069
 2070
 2071
 2072
 2073
 2074
 2075
 2076
 2077
 2078
 2079
 2080
 2081
 2082
 2083
 2084
 2085
 2086
 2087
 2088
 2089
 2090
 2091
 2092
 2093
 2094
 2095
 2096
 2097
 2098
 2099
 2100
 2101
 2102
 2103
 2104
 2105
 2106
 2107
 2108
 2109
 2110
 2111
 2112
 2113
 2114
 2115
 2116
 2117
 2118
 2119
 2120
 2121
 2122
 2123
 2124
 2125
 2126
 2127
 2128
 2129
 2130
 2131
 2132
 2133
 2134
 2135
 2136
 2137
 2138
 2139
 2140
 2141
 2142
 2143
 2144
 2145
 2146
 2147
 2148
 2149
 2150
 2151
 2152
 2153
 2154
 2155
 2156
 2157
 2158
 2159
 2160
 2161
 2162
 2163
 2164
 2165
 2166
 2167
 2168
 2169
 2170
 2171
 2172
 2173
 2174
 2175
 2176
 2177
 2178
 2179
 2180
 2181
 2182
 2183
 2184
 2185
 2186
 2187
 2188
 2189
 2190
 2191
 2192
 2193
 2194
 2195
 2196
 2197
 2198
 2199
 2200
 2201
 2202
 2203
 2204
 2205
 2206
 2207
 2208
 2209
 2210
 2211
 2212
 2213
 2214
 2215
 2216
 2217
 2218
 2219
 2220
 2221
 2222
 2223
 2224
 2225
 2226
 2227
 2228
 2229
 2230
 2231
 2232
 2233
 2234
 2235
 2236
 2237
 2238
 2239
 2240
 2241
 2242
 2243
 2244
 2245
 2246
 2247
 2248
 2249
 2250
 2251
 2252
 2253
 2254
 2255
 2256
 2257
 2258
 2259
 2260
 2261
 2262
 2263
 2264
 2265
 2266
 2267
 2268
 2269
 2270
 2271
 2272
 2273
 2274
 2275
 2276
 2277
 2278
 2279
 2280
 2281
 2282
 2283
 2284
 2285
 2286
 2287
 2288
 2289
 2290
 2291
 2292
 2293
 2294
 2295
 2296
 2297
 2298
 2299
 2300
 2301
 2302
 2303
 2304
 2305
 2306
 2307
 2308
 2309
 2310
 2311
 2312
 2313
 2314
 2315
 2316
 2317
 2318
 2319
 2320
 2321
 2322
 2323
 2324
 2325
 2326
 2327
 2328
 2329
 2330
 2331
 2332
 2333
 2334
 2335
 2336
 2337
 2338
 2339
 2340
 2341
 2342
 2343
 2344
 2345

[illegible]

moderne

Analgetikatherapie

Die Wirkung der Analgetika ist durch die moderne
Medizin und die Anwendung von Schmerzmitteln
in der Behandlung von Schmerzen ein wichtiger Bestandteil
der Therapie geworden.

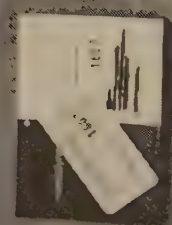
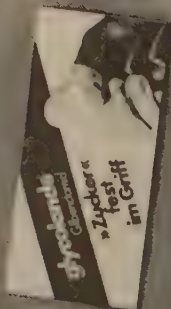
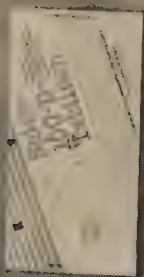
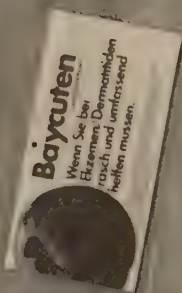
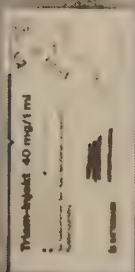
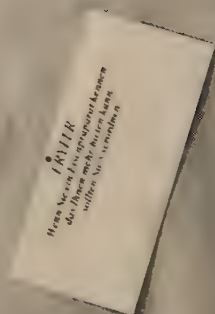
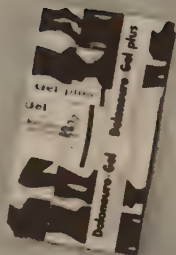
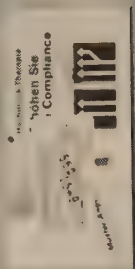
— 127 —

1. *Artemisia* sp.
 2. *Artemisia* sp.
 3. *Artemisia* sp.
 4. *Artemisia* sp.
 5. *Artemisia* sp.
 6. *Artemisia* sp.
 7. *Artemisia* sp.
 8. *Artemisia* sp.
 9. *Artemisia* sp.
 10. *Artemisia* sp.
 11. *Artemisia* sp.
 12. *Artemisia* sp.
 13. *Artemisia* sp.
 14. *Artemisia* sp.
 15. *Artemisia* sp.
 16. *Artemisia* sp.
 17. *Artemisia* sp.
 18. *Artemisia* sp.
 19. *Artemisia* sp.
 20. *Artemisia* sp.
 21. *Artemisia* sp.
 22. *Artemisia* sp.
 23. *Artemisia* sp.
 24. *Artemisia* sp.
 25. *Artemisia* sp.
 26. *Artemisia* sp.
 27. *Artemisia* sp.
 28. *Artemisia* sp.
 29. *Artemisia* sp.
 30. *Artemisia* sp.
 31. *Artemisia* sp.
 32. *Artemisia* sp.
 33. *Artemisia* sp.
 34. *Artemisia* sp.
 35. *Artemisia* sp.
 36. *Artemisia* sp.
 37. *Artemisia* sp.
 38. *Artemisia* sp.
 39. *Artemisia* sp.
 40. *Artemisia* sp.
 41. *Artemisia* sp.
 42. *Artemisia* sp.
 43. *Artemisia* sp.
 44. *Artemisia* sp.
 45. *Artemisia* sp.
 46. *Artemisia* sp.
 47. *Artemisia* sp.
 48. *Artemisia* sp.
 49. *Artemisia* sp.
 50. *Artemisia* sp.
 51. *Artemisia* sp.
 52. *Artemisia* sp.
 53. *Artemisia* sp.
 54. *Artemisia* sp.
 55. *Artemisia* sp.
 56. *Artemisia* sp.
 57. *Artemisia* sp.
 58. *Artemisia* sp.
 59. *Artemisia* sp.
 60. *Artemisia* sp.
 61. *Artemisia* sp.
 62. *Artemisia* sp.
 63. *Artemisia* sp.
 64. *Artemisia* sp.
 65. *Artemisia* sp.
 66. *Artemisia* sp.
 67. *Artemisia* sp.
 68. *Artemisia* sp.
 69. *Artemisia* sp.
 70. *Artemisia* sp.
 71. *Artemisia* sp.
 72. *Artemisia* sp.
 73. *Artemisia* sp.
 74. *Artemisia* sp.
 75. *Artemisia* sp.
 76. *Artemisia* sp.
 77. *Artemisia* sp.
 78. *Artemisia* sp.
 79. *Artemisia* sp.
 80. *Artemisia* sp.
 81. *Artemisia* sp.
 82. *Artemisia* sp.
 83. *Artemisia* sp.
 84. *Artemisia* sp.
 85. *Artemisia* sp.
 86. *Artemisia* sp.
 87. *Artemisia* sp.
 88. *Artemisia* sp.
 89. *Artemisia* sp.
 90. *Artemisia* sp.
 91. *Artemisia* sp.
 92. *Artemisia* sp.
 93. *Artemisia* sp.
 94. *Artemisia* sp.
 95. *Artemisia* sp.
 96. *Artemisia* sp.
 97. *Artemisia* sp.
 98. *Artemisia* sp.
 99. *Artemisia* sp.
 100. *Artemisia* sp.

100-443888-100
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-22-2011 BY 60322
UCBAW

1945

Clarke 5



LITERATUR

- ABT, R.: Der Lebenszyklus ethischer pharmazeutischer Präparate und die Möglichkeiten seiner Beeinflussung. Dissertation, Lausanne: 1971
- ADAM, K. L.: Die Struktur der Fachwerbung für Arzneispezialitäten. Dissertation, Nürnberg: 1958.
- ANASTASI, A.: Angewandte Psychologie. Weinheim und Basel: 1973
- ATKINSON, R. C., SHIFFRIN, R. M.: The Control Process of Short-Term Memory. In: Scientific American, 225 (1971), S. 82-90
- BAUER, R. A., WORTZEL, L. H.: Doctor's Choice: The Physician and His Sources of Information About Drugs. In: Journal of Marketing Research, Vol. 3 (1966), S. 40ff..
- BERLYNE, D. E.: Konflikt, Erregung, Neugier. Stuttgart: 1974.
- BOSTIAN, L. R.: The Two-Step Flow Theory: Cross-Cultural Implications. In: Journalism Quarterly, Vol. 47 (1970), S. 109-117.
- COLEMAN, J., KATZ, E., MENZEL, H.: The Diffusion of an Innovation Among Physicians. In: Sociometry, Vol. 20 (1957), S. 253-270.

COLEMAN, J. S., KATZ, E., MENZEL, H.: Medical Innovation,
A Diffusion Study. Indianapolis, New York, Kansas
City: 1966

COOPER, P., BRANTHWAITE, A.: Qualitative Techniken:
Neue Gesichtspunkte bezüglich Messung und Bedeu-
tung aufgrund qualitativer Untersuchungen. In:
HARTMANN, K. D., KOEPPLER, K. (Hrsg.): Fortschritte
der Marktpsychologie. Bd. 1. Frankfurt a. M.: 1977.

CRAMER, H. J.: Die Arzneipolizei, Kontrolle der pharma-
zeutischen Industrie und der Ärzte in den USA.
Düsseldorf-Wien: 1973

DAHLHOFF, H. D.: Kommunikationswirkung - Konsequenzen
der Kommunikationsarbeit. In: DAHLHOFF, H. D.
(Hrsg.): Kommunikationswirkung - Konsequenzen
der Kommunikationsarbeit. Bonn: 1983.

DEUTSCHMAN, P. J., DANIELSON, W.: Diffusion of Knowledge
of the Major News Story. In: Journalism Quarterly,
Vol. 37 (1960), S. 345-355.

FRIEDRICH, V., HEHN, A., VON ROSENBROCK, R.: Neunmal
teurer als Gold. Reinbek bei Hamburg: 1977.

FRIEDRICHS, J.: Methoden empirischer Sozialforschung.
Hamburg: 1983.

GIRARDI, M. R.: Informationspsychologische Auswirkungen
der Werbeeinschränkungen auf dem Pharmasektor.
In: medizin und Werbung, Zeitschrift für Pharma-
Information und Pharma-Außendienst, Nr. 12, 6. Jg.
(1975), S. 738-748

- GIRARDI, R. M.: Wie sieht der Arzt den Pharmaberater?
In: HOFFMANN, P. (Hrsg.): Praktiziertes Pharmamarketing II. Gräfelfing: 1981.
- HABERBECK, H.: Möglichkeiten und Grenzen der Direktwerbung im Wettbewerb der Werbemedien. Winterthur: 1968.
- HARTMANN, K. D.: Psychologische Gesichtspunkte der direkten Kommunikation. In: DALLMER, H., THEDENS, R. (Hrsg.): Handbuch des Direct-Marketing. Darmstadt: 1975.
- HELLER, E.: Wie Werbung wirkt: Theorien und Tatsachen. Frankfurt am Main: 1984.
- HODGSON, R. S.: Direct Mail and Mail Order Handbook. Chicago, Boston, London: 1974.
- HOFFMANN, H.-J.: Werbepsychologie. Berlin, 1972
- HOFFMANN, H.-J.: Psychologie und Massenkommunikation. Berlin, New York: 1976.
- HOLZKAMP, K.: Zum Problem der Relevanz psychologischer Forschung für die Praxis. In: Psychologische Rundschau, Vol. 21 (1970), S. 1-22
- HOVLAND, C. I., LUMSDAINE, A. A., SHEFFIELD, F. D.: Experiments on Mass Communication, New York: 1948.
- INSTITUT DR. FRIESEWINKEL: (Hg.): Image-Analyse Pharmazeutische Industrie BRD, Untersuchungszeitraum 1967-1969, Basel/Schweiz: O. J.

- IRLE, M.: Lehrbuch der Sozialpsychologie. Göttingen, Toronto u.a.: 1975
- KAAS, K. P.: Diffusion und Marketing. Stuttgart: 1973.
- KAMINSKI, G.: Zur Problematik der Anwendung in der Psychologie.
In: BENESCH, H., DORSCH, F. (Hrsg.): Berufsaufgaben und Praxis des Psychologen. München: 1984
- KATZ, E., FOULKES, D.: On the Use of the Mass Media As "Escape": Clarification of a Concept. In: Public Opinion Quarterly, Vol. 26 (1962), S. 377-388.
- KATZ, E., MENZEL, H.: Social Relations and Innovation in the Medical Profession: The Epidemiology of a New Drug.
In: Public Opinion Quarterly, Vol. 19 (1955), S. 337-352.
- KIRCHNER, G.: Praxis der Direktwerbung. Stuttgart: 1967.
- KIRCHNER, R.: Indirekte Befragungsmethoden in der Marktforschung. In: Handbuch der angewandten Psychologie. Bd. 3: Markt und Umwelt. Landsberg a. Lech: 1981.
- KIRSCH, W.: Entscheidungsprozesse. Bd. 3: Entscheidungen in Organisationen. Wiesbaden: 1971.
- KOBS, J.: 24 Ways To Improve Your Direct Mail Results. Chicago, Boston, London: 1974.
- KORI-LINDNER, C.: Pharmaberater und Arzt. In: Pro Pharma Inform, 21 und 22 (1984), S. 8-15.
- KROEBER-RIEL, W.: Konsumentenverhalten. (3. Auflage) München: 1984.

- KROEBER-RIEL, W., MEYER-HENTSCHEL, G.: Werbung-Steuerung des Konsumentenverhaltens. Würzburg, Wien: 1982.
- LAMNEK, S.: Sozialwissenschaftliche Arbeitsmethoden. Weinheim, Deerfield Beach (Florida), Basel: 1980.
- LAUCKEN, U., SCHICK, A.: Einführung in das Studium der Psychologie. Stuttgart: 1978.
- LAZARSFELD, P. F., BERELSON, B., GAUDET, H.: The People's Choice. New York: 1948, 2. ed..
- LIN, N.: Communication effects: Review and Commentary. In: RUBEN, B. D. (Hrsg.): Communication Yearbook I. New Brunswick, New York: 1977, S. 55-72.
- LÖBER, W.: Marktkommunikation. Wiesbaden: 1973.
- MALETZKE, G.: Psychologie der Massenkommunikation. Hamburg: Neudruck 1978.
- MALETZKE, G.: Medienwirkungsforschung. In: Publizistik, 1-2 (1982), S. 9-20.
- MAYER, C.: Die Konzeption von Kampagnen. In: DALLMER, H., THEDENS, R. (Hrsg.): Handbuch des Direct-Marketing. Darmstadt: 1975.
- MERTEN, K.: Wirkungen der Massenkommunikation. In: Publizistik, 1-2 (1982), S. 26-48.
- MÜLLER-RÖMER, D.: Arzneimittelrecht von A-Z. Neu-Isenburg, München: 1978.

- MÜNNICH, F. E.: Der Preis von Information und Sicherheit. In: Die Pharmazeutische Industrie, Jg. 45, Nr. 2 (1983), S. 160-164.
- NEISSER, U.: Kognition und Wirklichkeit: Prinzipien und Implikationen der kognitiven Psychologie. Stuttgart: 1979.
- NOELLE-NEUMANN, E.: Wirkung der Massenmedien. In: SCHULZ, W. (Hg): Publizistik. Frankfurt: 1971.
- O. A.: One + One = Three: An Analysis of the Purpose and Functions of Medical Journal Advertising. MD Publications, New York: O. J..
- POPPER, K. R.: Logik der Forschung. Tübingen: 2. Auflage 1966.
- RENCKSTORF, K.: Zur Hypothese des "two-step flow" der Massenkommunikation. In: Rundfunk und Fernsehen, 18 (1970), S. 314-333.
- RENCKSTORF, K.: Alternative Ansätze der Massenkommunikationsforschung: Wirkungs- vs. Nutzenansatz. In: Rundfunk und Fernsehen, 21 (1973), S. 183-197.
- ROCHEL, H.: Planung und Auswertung von Untersuchungen im Rahmen des allgemeinen linearen Modells. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: 1983.
- ROGERS, E. M., SHOEMAKER, F. F.: Communication of Innovations: A Cross-Cultural Approach. New York: 1971.

ROSENKRANZ, K. O., KRÄGELOCH, K.-D., UNGER, G.-E.:

Systeme für die Arzneimittel-Information. In: Die Pharmazeutische Industrie, Jg. 39, Nr. 8 (1977), S. 751-756.

RUCZINSKI, E. M., SUTHOFF, K.: Die Bedeutung des Modell-
denkens für die Werbung. Hamburg, München, Köln: o. J.

RUDOLPH, M.: Katalog und Prospekt. München: 1976.

RÜTZEL, E.: Aufmerksamkeit. In: HERRMANN, TH., HOFSTÄTTER,
P. R., HUBER, H. P., WEINERT, F. E. (Hg.): Handbuch
psychologischer Grundbegriffe. München: 1977

SCHENK, M.: Publikums- und Wirkungsforschung. Tübingen:
1978.

SCHENK, M.: Soziale Netzwerke und Kommunikation. Tübingen:
1984.

SCHNEIDER, M.: Richtig Gestalten ist keine Geheimwissen-
schaft. In: Pharma-Marketing Journal, 2 (1977),
S. 137-140.

SCHUBACK, J.: Das Direkt-Marketing der pharmazeutischen
Industrie. In: DALLMER, H., THEDENS, R.: Handbuch
des Direkt-Marketing. Darmstadt: 1975.

SCHULZ, R.: Kaufentscheidungsprozesse des Konsumenten.
Wiesbaden: 1972.

SCHULZ, W.: Ausblick am Ende des Holzweges. In: Publi-
zistik, 1-2 (1982), S. 49-73.

SCHULZ, W.: Wirkungsmodelle der Medienwirkungsforschung.
In: Medienwirkungsforschung in der Bundesrepublik
Deutschland, Deutsche Forschungsgemeinschaft/
Kommission für Medienwirkungsforschung, Weinheim:
1986

SELG, H., BAUER, W.: Forschungsmethoden der Psychologie.
Stuttgart, 1976.

SHANNON, L. E., WEAVER, W.: The Mathematical Theory of
Communication, Urbana: 1949.

SILBERER, G.: Warentest Informationsmarketing, Verbraucher-
verhalten. Berlin: 1979.

SOLC, Z.: System der strategisch-operativen Marketing-
planung in der pharmazeutischen Industrie. Bern und
Stuttgart: 1980.

SPICKSCHEN, Th.: Werbeplanung in der Pharmaindustrie.
Wiesbaden: 1973.

STECHER, R. G.: Werbebriefe texten, gestalten, streuen.
München: 1969.

STEFFENHAGEN, H.: Kommunikationswirkung: Kriterien,
Messung und Beurteilung. In: DAHLHOFF, H. D. (Hrsg.):
Kommunikationswirkung - Konsequenzen der Kommuni-
kationsarbeit. Bonn: 1983.

STEINHAUSEN, D., LANGER, K.: Clusteranalyse. Berlin,
New York: 1977.

STRÜNGMANN, T.: Das Ordnungsverhalten des niedergelassenen
Arztes. Dissertation, Augsburg: 1977.

WATSON, J. B.: Psychology as the behaviorist views it.
Psychological Review 20 (1913), S. 157-158

WEISSBACH, F.: Pharma-Information und -Werbung: Warum?
In: pharma-dialog, 86 (1985).

WILKES, M. W.: Mit Direktwerbung den Arzt erreichen.
In: Pharma-Marketing-Journal, 2 (1977), S. 230-231.

WILKES, M. W.: Werberegeln, In: Pharma-Marketing Journal,
6 (1981), S. 95-96.

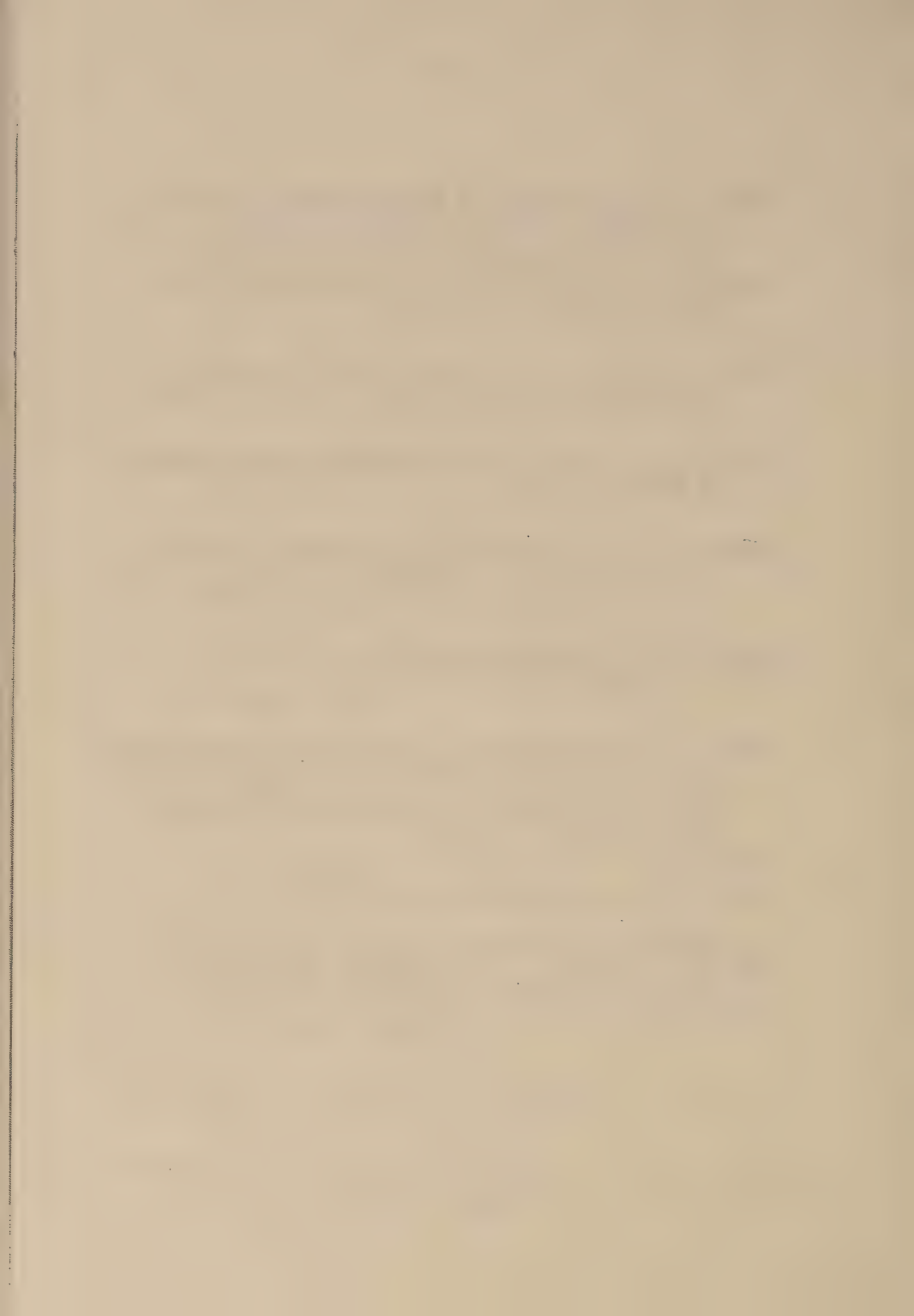
WIMMER, P.: Die Bedeutung der Pharmawerbung für die ärztliche Information. In: HOFFMANN, P. (Hrsg.): Praktiziertes Pharmamarketing II. Gräfelting: 1981.

WIMMER, R.-M.: Wiederholungswirkungen der Werbung.
Saarbrücken: 1979.

WITTE, W.: Zu den Beziehungen zwischen praktischer Psychologie, angewandter Psychologie und psychologischer Grundlagenforschung. In: Psychologische Beiträge,
Vol. 9 (1966), S. 368-377.

WRIGHT, C. R.: Mass communication. New York: 1959.

ZIMBARDO, P. G., RUCH, F. L.: Lehrbuch der Psychologie.
Berlin, Heidelberg, New York: 3. Auflage, 1978



MONIKA OSTENDORF

- 1958 AM 6. OKTOBER IN BOCHUM GEBOREN
- 1965 EINSCHULUNG IN DIE KATH. VOLKSSCHULE HERBEDE
- 1968 WECHSEL ZUM STÄDT. SCHILLERGYMNASIUM WITTEN
- 1977 ABITUR
- 1977 AUFNAHME EINES MATHEMATIKSTUDIUMS AN DER RUHR-UNI-
VERSITÄT BOCHUM
- 1978 BEGINN DES PSYCHOLOGIESTUDIUMS AN DER RUHR-UNIVER-
SITÄT BOCHUM
- 1983 DIPLOM-PRÜFUNGEN IN PSYCHOLOGIE ABGELEGT
- seit 1983 TÄTIGKEIT IN DER MARKTFORSCHUNGSABTEILUNG EINES
 GROSSEN UNTERNEHMENS DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE

